

# ANALYSE DES PERFORMANCES DES TESTS DE DÉPISTAGE ET DE CONFIRMATION DE L'HYPERALDOSTÉRONISME PRIMAIRE DANS UNE POPULATION HYPERTENDUE BAS-NORMANDE : LES RECOMMANDATIONS SFE 2013 REVISITÉES.

M. Vivien<sup>a</sup> (Mlle), A. Haddouche\*<sup>a</sup> (Dr), E. Deberles<sup>a</sup> (Mlle), R. Morello<sup>b</sup> (Dr), Y. Reznik<sup>a</sup> (Pr)

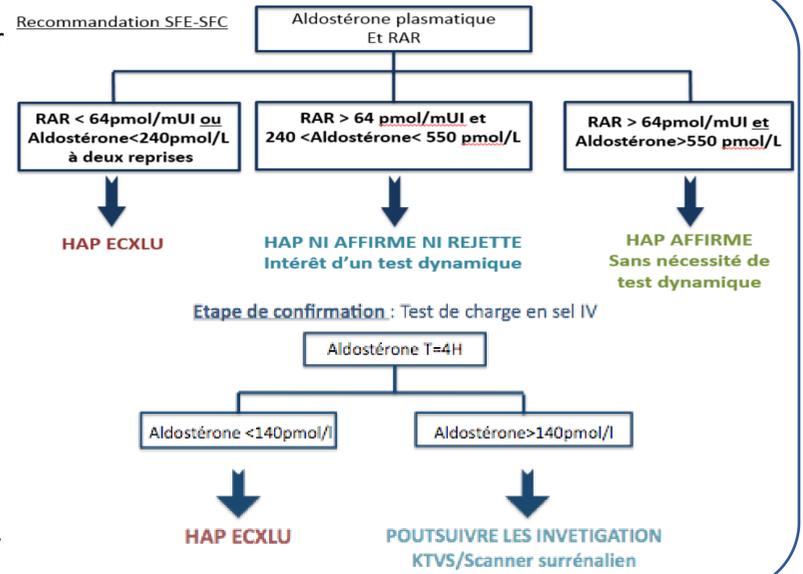
<sup>a</sup> Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques, CHU Côte de Nacre, Caen, France

<sup>b</sup> Département de recherche Clinique et Statistiques, CHU Côte de Nacre, Caen, France



**INTRODUCTION :** Le diagnostic d'hyperaldostéronisme primaire (HAP) repose sur un dépistage par le rapport aldostérone/rénine (RAR) et une confirmation par un test de freinage de l'Aldostérone (A), la charge sodée IV (TCS) étant le plus utilisé. Les recommandations des sociétés françaises d'Endocrinologie (SFE) et de Cardiologie (SFC) proposées en 2013 pour la prise en charge de l'HAP préconisent devant un RAR élevé, d'affirmer l'HAP si A basale >550 pmol/L et de l'infirmer si A <240 pmol/L\*. Pour les valeurs intermédiaires d'A basale, un test dynamique doit être réalisé et un seuil d'A post-TCS <140pmol/l permet d'exclure l'HAP avec une forte valeur prédictive négative. Cependant ces seuils varient selon les séries publiées, les techniques de dosage, les conditions de prélèvements et les traitements interférant avec les dosages. Les objectifs de notre étude étaient 1) d'établir les valeurs seuils optimales du RAR et de l'aldostérone plasmatique post-TCS dans une population d'hypertendus pris en charge dans un centre référent et 2) de les confronter aux seuils proposés en 2013 par le consensus SFE-SFC.

\* Ann Endocrinol 2016;77:202-207



## MATERIEL ET METHODES:

Les patients adressés au CHU de Caen entre 01/2010 et 06/2015 pour une HTA grade 2/3/résistante, une HTA associée à une hypokaliémie ou un incidentalome surrénalien ont été inclus. Aldostérone et rénine plasmatique étaient dosées avant et après TCS, le RAR était estimé sur les valeurs basales, sous traitement neutre et après correction de l'hypokaliémie. La TDM et/ou le cathétérisme des veines surrénaliennes (KTVS), l'analyse de la pièce opératoire et la réponse tensionnelle après surrénalectomie étaient considérés pour établir le diagnostic d'adénome ou d'hyperplasie surrénalienne. L'analyse des performances des tests de dépistage et de confirmation était réalisée par l'établissement des courbes ROC

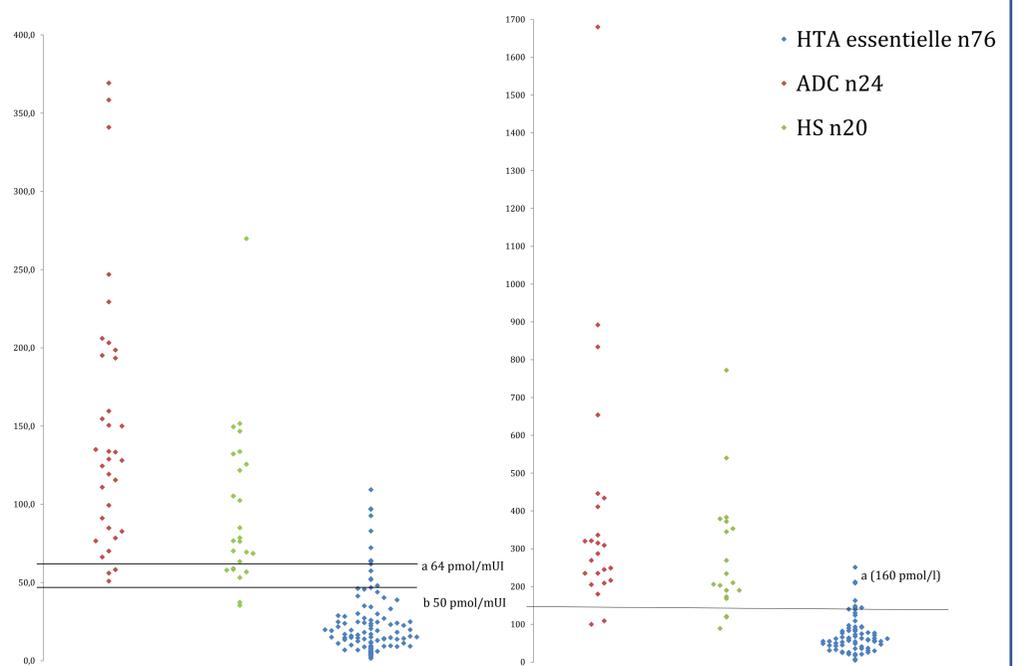
**RESULTATS:** 173 patients ont été explorés, dont 114 HTA essentielle et 59 HAP (34 adénomes de Conn et 25 hyperplasies surrénaliennes).

	ADC (n=34)	P	HS (n=25)	P	HTA essentielle (n=114)	P ADC vs HTA essentielle
Sex (F/M)	22/12	NS	15/10	NS	59/55	NS
Age actuel (Année)	57,4 ± 9,3 (41-81)	NS	55,0 ± 15,7 (25-79)	NS	54,9 ± 16,2 (18-85)	NS
Age de découverte de l'HTA	45,3 ± 11,4 (15-63)	NS	43,1 ± 16,3 (18-68)	NS	42,1 ± 14,5 (14-69)	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 (125-220)	NS	164 ± 22 (130-210)	<0,001	145 ± 19 (110-200)	<0,001
PAD (mmHg)	90 ± 13 (70-116)	NS	94 ± 12 (72-123)	<0,001	83 ± 14 (50-110)	0,017
Kaliémie (mmol/L)	3,2 ± 0,4 (2,2-4,2)	0,026	3,5 ± 0,5 (2,2-4,4)	0,002	3,9 ± 0,5 (2,6-5)	<0,001
Créatininémie (umol/L)	82,9 ± 27,5 (50-160)	NS	89,2 ± 38,4 (57-250)	NS	77,7 ± 58,6 (44-163)	NS
Prévalence Hypokaliémie	82,3%	-	63,4%	-	22,8%	-
% de kaliémie >3mmol/l	79,4%		92%		97,4%	
% de kaliémie <3mmol/l	20,6%		8%		2,6%	
Aldostéronémie (pmol/L)	1088,5 ± 530,4 (372-2414)	NS	973,72 ± 528,2 (294-1364)	<0,001	334,67 ± 284,5 (26-1701)	<0,001
% aldostérone >550	91%		88%		14%	
% aldostérone <240	0%		0%		45,6%	
Rénine (mUI/L)	8,4 ± 4,7 (3,1-21,6)	NS	14,2 ± 13,7 (2,0-59,8)	0,017	22,4 ± 20,7 (4,3-76,0)	<0,001
% rénine <5mUI/l	26,5%		16%		5,2%	
Rapport A/R	149,9 ± 83,1 (50,9-369,3)	0,021	112,2 ± 124,7 (37,4-269,8)	0,0014	22,6 ± 22 (2,4-109,4)	<0,001

## Analyse ROC des performances des tests :

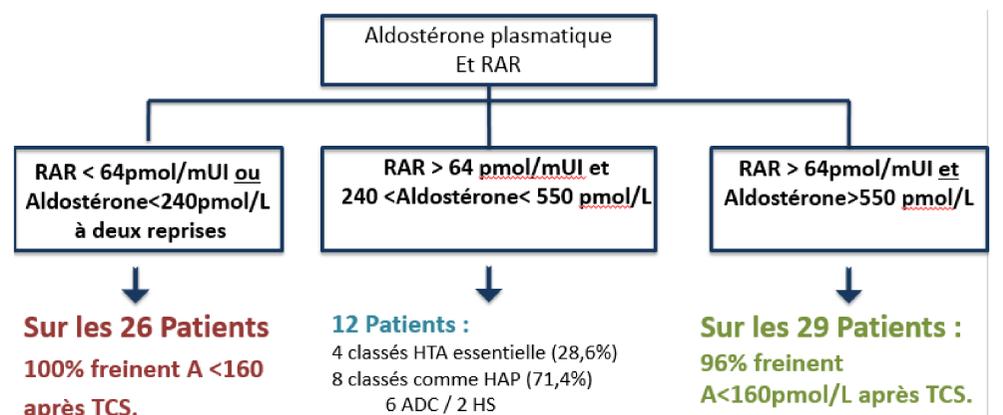
La valeur optimale du RAR était de **50 pmol/mUI** (Se 94.9% et Sp 89.5%).

La valeur optimale pour l'aldostérone post-TCS était de **160 pmol/l** (Se 86.4% et Sp 94.7%).



Valeurs du RAR chez les patients avec adénome, hyperplasie et HTA essentielle

Valeurs de l'aldostérone plasmatique post-TCS chez les patients avec adénome, hyperplasie et HTA essentielle



**CONCLUSION:** Aux seuils définis dans notre série pour le RAR (50 pmol/L) et pour l'aldostérone post-TCS (160 pmol/l), Tous les patients avec A basale <240 pmol/L freinaient au TCS et 96% des patients avec A basale > 550 pmol/L avaient une A >160 pmol/L après TCS. Nos résultats sont en concordance avec les seuils recommandés par les sociétés savantes SFE-SFC.