

# Statut métabolique d'une cohorte de patients traités pour une insuffisance surrénale

C. Moutarde (Dr), MC. Vantghem (Pr). CHRU Lille, Lille, FRANCE



## CONTEXTE

Les glucocorticoïdes (GC) et les minéralocorticoïdes (MC) sont responsables de nombreux effets délétères cardiovasculaires et métaboliques. Chez les patients insuffisants surrénaliens substitués, le taux de mortalité est multiplié par deux, et d'origine cardiovasculaire dans la moitié des cas.

**Cette étude rétrospective vise à caractériser le statut métabolique de patients traités pour insuffisance surrénale (IS), et les paramètres d'équilibre thérapeutique.**

## METHODE

70 patients avec IS (41 ans ( $\pm$  16) ; 60% de femmes) ont été suivis pendant une période de 6 ans (2-16) : 38 après surrénalectomie bilatérale (CHIR) (60% Cushing) et 32 après IS médicale (MED) (62% polyendocrinopathie auto-immune). IMC, pression artérielle (TA), glycémie à jeun (GAJ), bilan lipidique, traitement hypotenseur/hypoglycémiant/hypolipémiant, ionogramme, ARP, ACTH, dose d'hydro-fludrocortisone (HC) (FC) ont été recueillis au début de l'hormonothérapie (T1) et aux dernières nouvelles (T2).

## RESULTATS

Au T2, la prévalence du surpoids était de 35%, obésité 22%, hypertension 29%, dyslipidémie 26% et troubles de glycorégulation 21% avec des doses de FC et MC équivalentes entre MED et CHIR.

### POPULATION GLOBALE IS

Trouble métabolique	T1	T2	p
Surpoids	16,7%	35%	<b>0,0164</b>
Obésité	21,7%	22,3%	0,5637
HTA	31,4%	28,6%	0,6171
TGR	8%	21,2%	NA
Dyslipidémie	17,1%	25,7%	<b>0,0578</b>

TGR= Trouble de GlucoRégulation (GAJ  $\geq$  1,1g/L)

### IS MED

	T1	T2	p
Surpoids	3.4%	31 %	<b>0.0047</b>
Obésité	10.3%	20.7%	0.0833
HTA	0%	21.9 %	NA
TGR	0%	21.4 %	NA
Dyslipidémie	12.5 %	31.2 %	NA

### IS CHIR

	T1	T2	p
Surpoids	29 (9)	38.7 (15)	0.4054
Obésité	32.3 (10)	16.1 (5)	0.0956
HTA	57.9 (22)	34.2 (13)	<b>0.0027</b>
TGR	13.2 (5)	21 (8)	NA
Dyslipidémie	21 (8)	21 (8)	1

Au T2, l'ARP était inversement corrélée à la natrémie ( $p \leq 0.002$ ), positivement à la kaliémie ( $p \leq 0,07$ ) sans lien avec la dose de FC ou la TA. Les doses de FC étaient corrélées positivement à la TA systolique ( $p = 0,03$ ) et à la natrémie ( $p = 0,08$ ). Les doses d'HC étaient corrélées à la TA diastolique aux T1 et T2 ( $p_1 = 0,02$  ;  $p_2 = 0,006$ ), la GAJ au T2 ( $p = 0,03$ ) et étaient plus élevées chez les patients présentant un trouble de glycorégulation à T2 ( $p < 0,03$ ).

Paramètres T2	dose FC	IMC	TAS	TAD	Na	K
r/p ARP T2	-0.08 0.5174	-0.21 0.0985	-0.21 0.0935	-0.10 0.4167	-0.53 <b>&lt;0.0001</b>	0.25 <b>0.0461</b>

  

Paramètres T2	IMC	TAS	TAD	GAJ	Na	K
r/p dose FC/j T2	0.03 0.7801	0.26 <b>0.0325</b>	-0.02 0.8613	0.07 0.5837	-0.22 0.0804	-0.20 0.1051
dose HC/j T2	0.22 0.0785	-0.01 0.9345	0.37 <b>0.0067</b>	0.27 <b>0.0352</b>	0.05 0.7122	-0.07 0.5974

Pathologie	Dose poids HC (mg/kg) médiane (IQR)	Dose FC/j (mg) médiane (IQR)
Absence d'HTA (n=50)	0.45 (0.37-0.75)	50 (50-100)
HTA (n=20)	0.45 (0.35-0.54)	50 (50-100)
<b>p</b>	<b>0.6173</b>	<b>0.5274</b>
Absence TGR (n=52)	0.35 (0.29-0.40)	50 (50-100)
TGR (n=14)	0.50 (0.43-0.54)	50 (50-75)
<b>p</b>	<b>0.0024</b>	<b>0.8750</b>

TGR= Trouble de GlucoRégulation (GAJ  $\geq$  1,1g/L)

## CONCLUSION

Des troubles métaboliques sont présents pour 20 à 30% des patients mais seule la prévalence des troubles de glycorégulation semble influencée par la dose d'HC. Cependant, les doses de FC et d'HC majorent significativement les TA systolique et diastolique respectivement. L'ARP ne semble pas apporter plus que la mesure de TA ou l'ionogramme pour la surveillance de l'équilibre de l'hormonothérapie.