

Revue des pratiques : prise en charge des hyperaldostéronismes primaires au CHU de Nantes

Eva Cordoliani (1), Kalyane Bach (2), Frédéric Douane (3), Frédérique Toulgoat (3), Damien Masson (2), Maëlle le Bras (1), Ester Landau (1), Cécile Caillard (4), Christophe Perret (3), Bertrand Cariou (1), Eric Mirallié (4) et Delphine Drui (1)

(1) CHU de Nantes, Service d'Endocrinologie, 44000 Nantes, France

(2) CHU de Nantes, Service de Biochimie, 44000 Nantes, France

(3) CHU de Nantes, Service de Radiologie, 44000 Nantes, France

(4) CHU de Nantes, Service de Chirurgie digestive et endocrinienne, 44000 Nantes, France

Introduction :

- Hyperaldostéronisme primaire (HAP) : cause fréquente d'HTA secondaire, recherchée si HTA sévère/résistante/associée à une hypokaliémie.
- Enjeu de cette pathologie: différencier adénome de Conn et hyperplasie bilatérale des surrénales pour une prise en charge adaptée : **surrénalectomie unilatérale versus traitement médical par anti-aldostérone.**
- Si chirurgie envisagée, il est recommandé de compléter le scanner surrénalien par un cathétérisme des veines surrénales (KTVS) pour affirmer une latéralisation de sécrétion

Notre étude au CHU de Nantes évalue le succès des KTVS et des chirurgies qui en découlent.

Matériel et méthode :

Recueil des données clinico-biologiques (pression artérielle, traitements anti-HTA et kaliémie), **hormonologiques** (aldostérone, rénine, test de charge sodée, KTVS), **radiologiques** (scanner en lecture centralisée avec et sans résultats du KTVS) et **chirurgicales de manière rétro et prospective des patients ayant eu un KTVS entre mai 2015 et mai 2017.**

Résultats :

23 patients ont eu un KTVS

Age médian : 52 ans. 14 hommes/9 femmes.

- 22/23 : Kaliémie spontanée < 3,6 mmol/l au diagnostic
- 6/23 : HTA résistante
- 11/23 : Complications cardio-vasculaires

21/23 KTVS ont été sélectifs dont 17 avec sécrétion latéralisée

- 14 patients avec les 2 examens concordants :
 - 12 traités par chirurgie (latéralisation)
 - 2 traités médicalement (absence de latéralisation)
- 8 patients avec des examens discordants :
 - 5 ont évité une chirurgie qui n'aurait pas apporté de bénéfice
 - 2 ont pu avoir une chirurgie qui ne leur aurait pas été proposée sur le TDM seul
 - 1 a eu une chirurgie controlatérale aux données de l'imagerie

Patients non opérés : prise en charge par optimisation du traitement anti-HTA (introduction de Spironolactone).

15 patients opérés

Résultats significatifs à 3 mois post-opératoires versus préopératoire :

- **Correction de la kaliémie spontanée** : 4.2 mmol/l vs 2.9 mmol/l (p=0.0007)
- **Réduction du nombre de traitements anti-HTA** : 0 vs 3 (p=0.001)
- **Réduction de la pression artérielle systolique (PAS) :**
 - Médiane PAS en automesure : 123 mmHg vs 155 (p=0.016, n=7)
 - Médiane PAS en consultation : 130 mmHg vs 150 (p=0.004, n=13)

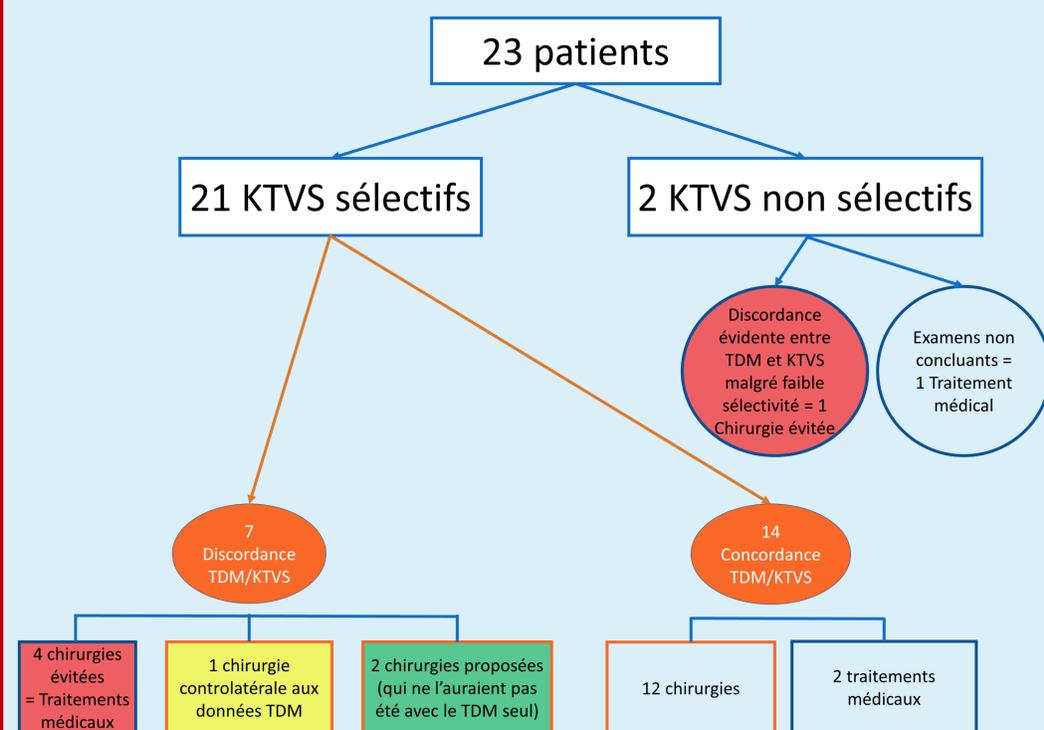
Uniquement 2 complications mineures de la chirurgie.

Selon les critères de la PASO study :

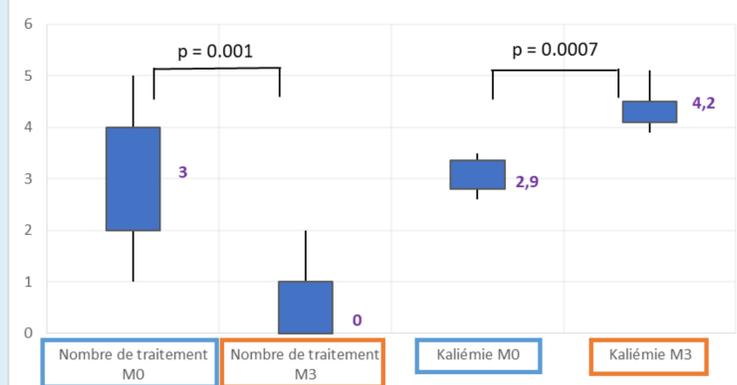
- 9 succès cliniques complets (60%)
- 6 succès partiels (40%)
- Aucun échec

Sur le plan anatomopathologique :

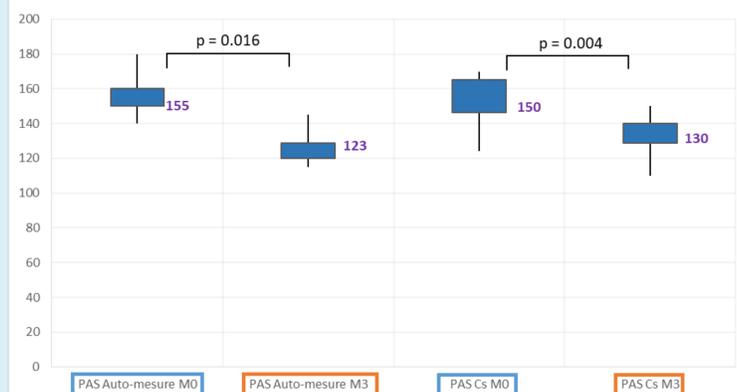
Pas de lien significatif entre la présence d'une hyperplasie corticale autour de l'adénome et le succès clinique partiel ou complet de la chirurgie (p= 0.58)



EVOLUTION DE LA KALIÉMIE ET DU NOMBRE DE TRAITEMENTS ANTI-HTA CHEZ LES PATIENTS OPÉRÉS



EVOLUTION DE LA PA SYTOLIQUE MÉDIANE CHEZ LES PATIENTS OPÉRÉS



Conclusion : 21 KTVS sur 23 réalisés ont été sélectifs et ont permis pour 15 patients de proposer une surrénalectomie.

La réalisation du KTVS a modifié la prise en charge (par rapport à ce qu'elle aurait été avec le scanner seul) pour 8 patients sur 23.

La chirurgie a permis de manière significative une diminution de la PAS tout en réduisant le nombre de traitements anti-HTA et une correction de la kaliémie spontanée à 3 mois post-opératoires.