

Hypertension artérielle et hypokaliémie : piège diagnostique

Ben Hassine I, Mzabi A, Ben Fredj F, Karmani M, Daadaa S, Anoun J, Belgacem M, Mhiri H, Rezgui A, Kechrid Laouani C
Service de medecine interne CHU Sahloul

Introduction :

L'hypertension artérielle (HTA) est le signe d'une maladie sous-jacente rénale, rénovasculaire, endocrine ou la conséquence de l'exposition à un agent presseur.

La fréquence de ces HTA secondaires n'est connue qu'à partir de séries hospitalières. Leur proportion dans ces séries est de 5 à 10 %, dont la moitié est curable d'où la nécessité d'un bilan étiologique exhaustif comprenant un bilan hormonal dont l'interprétation doit tenir compte des données radio cliniques ainsi que le caractère pulsatile de la sécrétion hormonale.

Dans ce sens nous rapportant ce cas clinique.

Cas clinique :

- Femme de 25 ans sans antécédents ni traitements.
- HTA 18/10. avec paresthésies et myalgie évoluant depuis un an et demi.
- Pas de triade de Ménard.
- A la biologie, une hypokaliémie à 3,2 mmol/l avec une kaliurèse à 17mmol/l et une natrémie normale.
- Les explorations hormonales :

un hyperaldostéronisme primaire avec aldostéronémie à 800pmol/l, une rénine plasmatique à 0,6 mUI/L et un rapport aldostérone /rénine >64.

- Le scanner abdominal a mis en évidence une masse surrénalienne droite dont les caractéristiques sont en faveur d'un phéochromocytome droit.
- Pas de fixation à la scintigraphie MIBG-iode 123 et le dosage de métanéphrine urinaire et plasmatique était augmenté à deux fois la normale.
- IRM abdominale qui a montré une surrénale droite siège d'une masse tissulaire de 3 cm ne contenant pas de graisse, bien limité et présentant un réhaussement intense et précoce après injection de gadolinium en faveur d'un phéochromocytome.

On a refait le dosage de l'aldostéronémie, de la rénine qui est revenu cette fois en faveur d'un hyperaldostéronisme secondaire.

- Le patient a eu une surrénalectomie droite et l'examen anatomopathologique était en faveur d'un phéochromocytome de 3,7 cm de grand axe sans effraction vasculaire ni invasion vasculaire et pas de contingent minéralo-corticoïde
- L'évolution était favorable avec normalisation des chiffres tensionnels sans traitement et l'arrêt de la supplémentation potassique.

Discussion :

Le bilan initial de cette HTA avec hypokaliémie était en faveur d'un hyperaldostéronisme primaire sur adénome de Conn. Le bilan de contrôle était plutôt en faveur d'un hyperaldostéronisme secondaire. A posteriori, le diagnostic retenu est celui d'un hyperaldostéronisme secondaire dans le cadre d'un phéochromocytome.

Conclusion :

Ce cas clinique illustre l'intérêt de l'exploration de contrôle de l'axe minéralo-corticoïde car la sécrétion de rénine et d'aldostérone est pulsatile.