

HTA secondaire et hyperaldostéronisme primaire

**D. BOUDIAF¹ ;
M. SEMROUNI² ;
NS. FEDALA¹**

¹ Service d'Endocrinologie et métabolisme,
CHU Lamine Debaghine, Bab El Oued, Alger

² Service d'Endocrinologie-Diabétologie,
CHU Issaad Hassani, Beni Messous, Alger

Résumé

L'hyperaldostéronisme primaire est la première cause endocrine d'HTA secondaire.

Sa recherche est systématique non seulement devant l'association HTA-hypokaliémie, mais aussi devant une HTA résistante, Sévère ou associée à un retentissement disproportionné sur les organes cibles, et devant un incidentalome surrénalien avec HTA ou hypokaliémie.

La mesure du rapport aldostérone/rénine plasmatique est le test de référence du dépistage. Le scanner surrénalien et, quand cela est possible, le cathétérisme des veines surrénales précisent l'étiologie. Le choix du traitement est discuté en fonction du contexte, de l'orientation étiologique et du choix du patient.

Introduction :

L'hyperaldostéronisme primaire (HAP) est un syndrome dû à la sécrétion excessive et autonome d'aldostérone par les glandes surrénales. Il s'exprime habituellement par une hypertension artérielle (HTA), une augmentation de l'aldostérone avec diminution de la rénine plasmatique, et une hypokaliémie dans moins de 50 % des cas^[1,2].

Le cas princeps d'hyperminéralocorticisme associé à un adénome a été publié par Jérôme Conn en 1955, avant même la découverte de l'aldostérone comme le minéralocorticoïde physiologique chez l'homme.

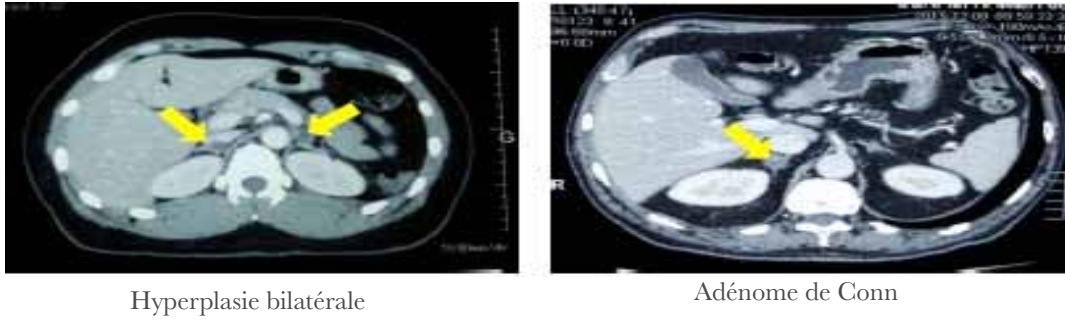
Quelle est la prévalence de l'HAP ?

Jusqu'à ces dernières années, l'hypokaliémie était considérée comme indispensable au diagnostic et la prévalence de l'HAP était alors évaluée entre 0,5 % et 2 % de la population hypertendue^[3]. Cependant, avec l'usage plus fréquent des méthodes de dépistage, sa prévalence a augmenté à plus 10 % de cette population^[4]. L'HAP est désormais la première cause en fréquence d'HTA secondaire.

Chez qui doit-on rechercher un HAP ?

La SFE, la SFHTA et l'AFCE recommandent de rechercher systématiquement un HAP (une seule condition est suffisante) dans les cas suivants :^[5]

- HTA sévère (pression artérielle systolique [PAS] \geq 180 mmHg ou pression artérielle diastolique [PAD] \geq 110 mmHg).
- HTA résistante (PAS \geq 140 mmHg et/ou PAD \geq 90mmHg malgré trithérapie dont un diurétique thiazidique).
- HTA associée à une hypokaliémie, qu'elle soit spontanée ou associée à la prise d'un diurétique.
- HTA ou hypokaliémie associée à un incidentalome surrénalien.
- Retentissement cardiovasculaire ou rénal de l'HTA disproportionné avec le niveau tensionnel.



Hyperplasie bilatérale

Adénome de Conn

Figure 2 : TDM des surrénales dans l'HAP (CHU BAB EL OUED-Alger)

Comment faire l'enquête étiologique ?

L'enquête étiologique des HAP doit distinguer la pathologie unilatérale, éventuellement accessible à la chirurgie d'exérèse, des sécrétions bilatérales qui relèvent seulement de la prise en charge médicale.

Le diagnostic de latéralisation repose sur l'imagerie et sur le cathétérisme veineux surrénalien (Figure3).^[7]

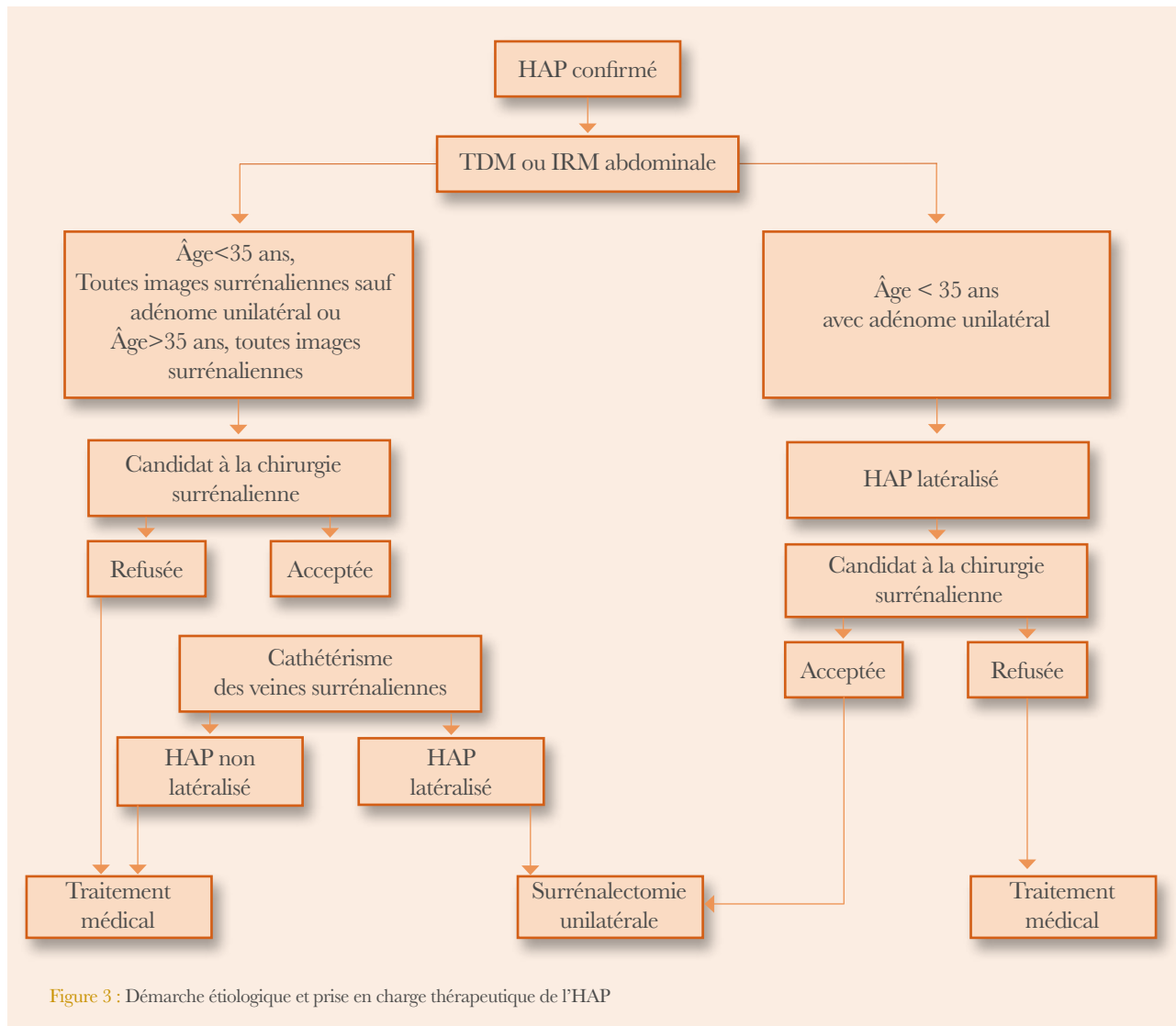


Figure 3 : Démarche étiologique et prise en charge thérapeutique de l'HAP

