

# Hyperminéralocorticismes

---



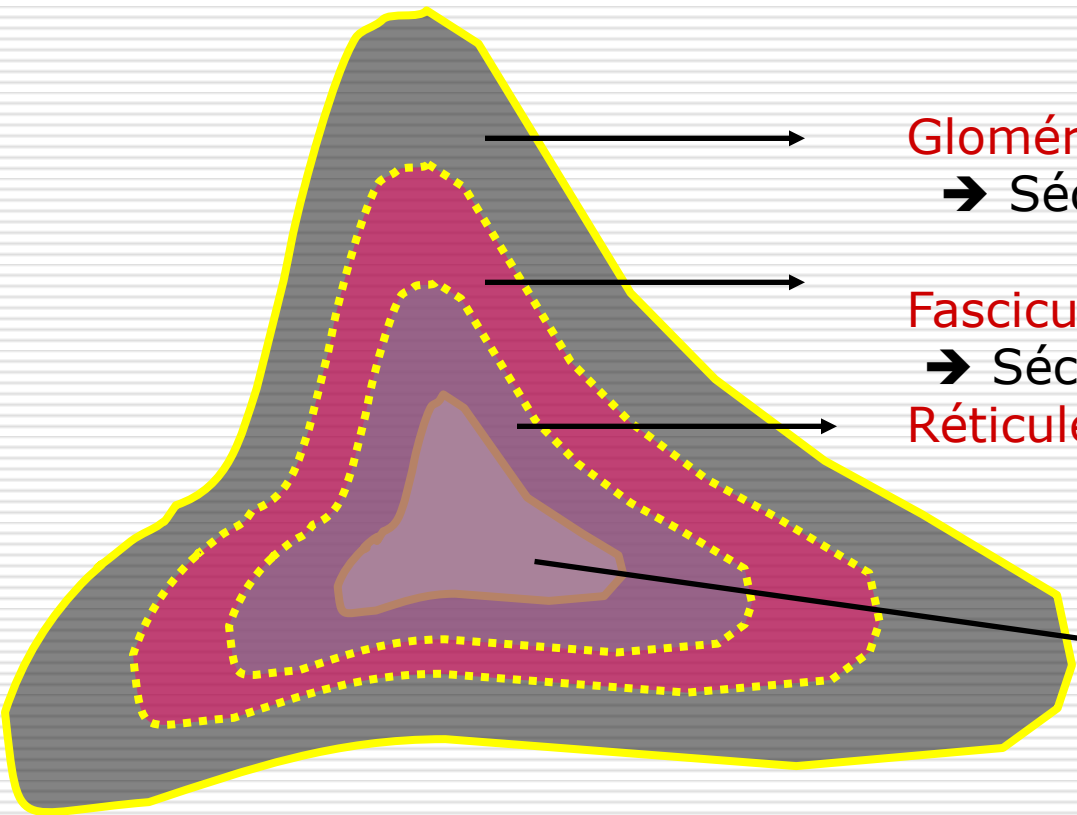
L Amar, PF Plouin

Hôpital Européen Georges Pompidou

Samedi 10 mars 2012

# RAPPEL ANATOMIQUE

---



## CORTICOSURRÉNALE

Glomérulée  
→ Sécrétion de Minéralocorticoïdes

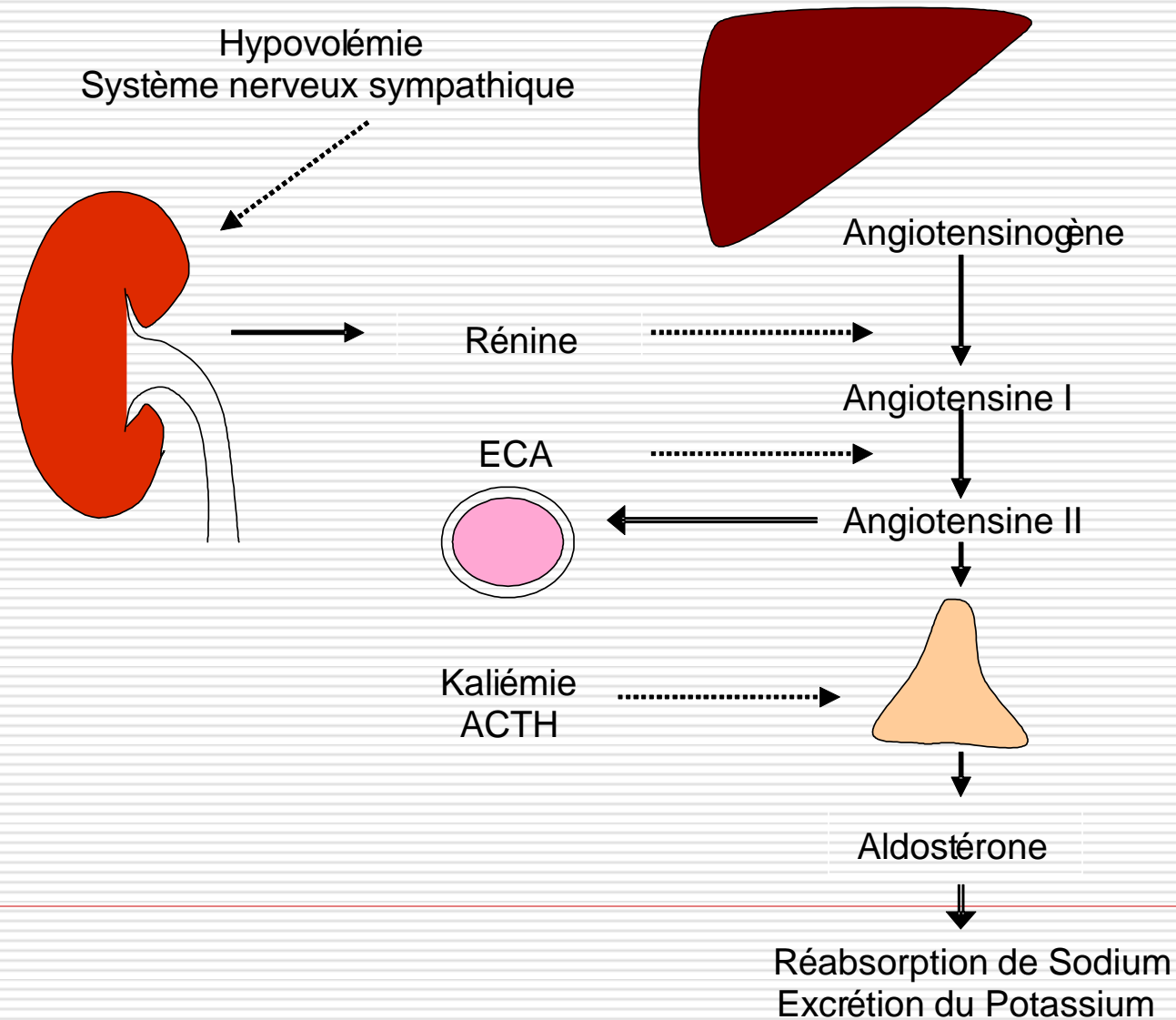
Fasciculée  
→ Sécrétion de Glucocorticoïdes

Réticulée  
→ Sécrétion d'androgène

MEDULLOSURRÉNALE  
→ Sécrétion de catécholamines

---

# Physiopathologie



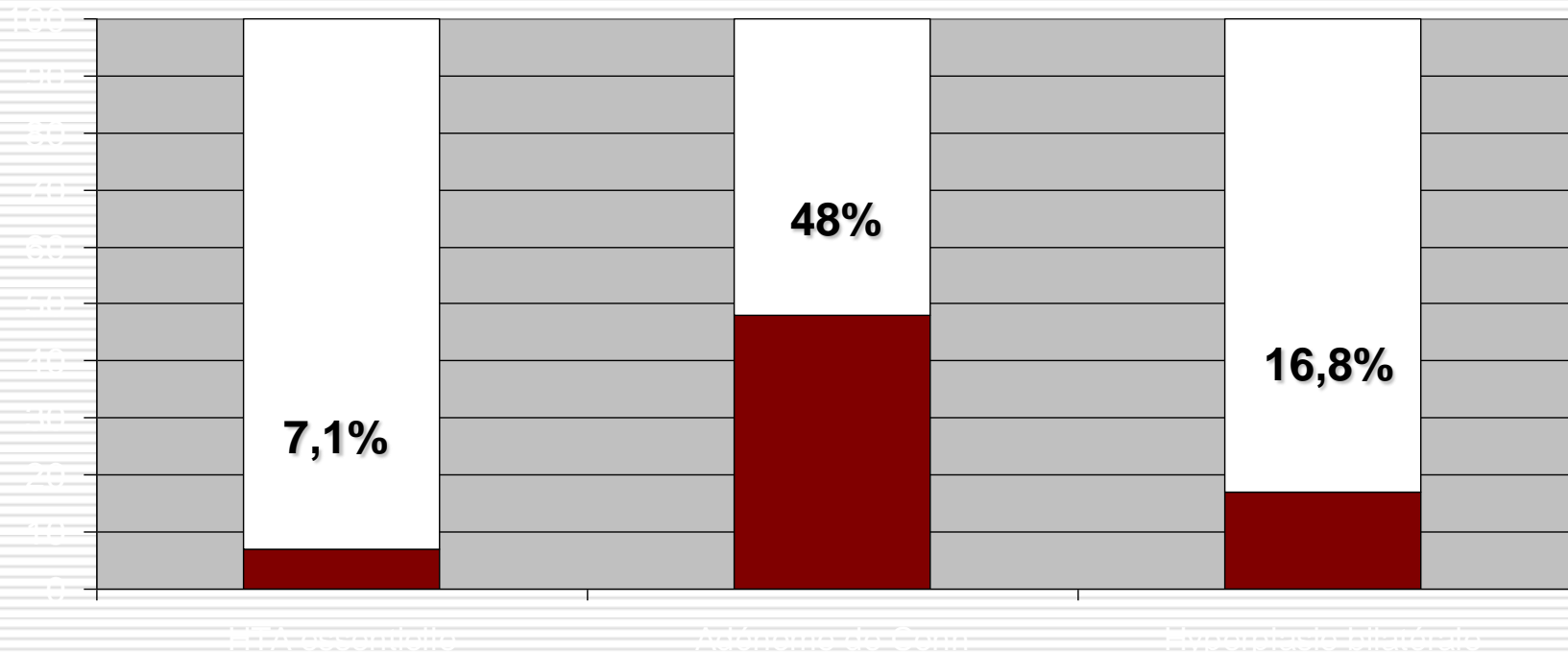
# 3 questions principales

---

- Chez quels patients doit-on rechercher un HAP?
  - Comment doit-on rechercher un HAP?
  - Pourquoi doit-on rechercher un HAP?
-

# Prévalence de l'hypokaliémie dans l'HAP

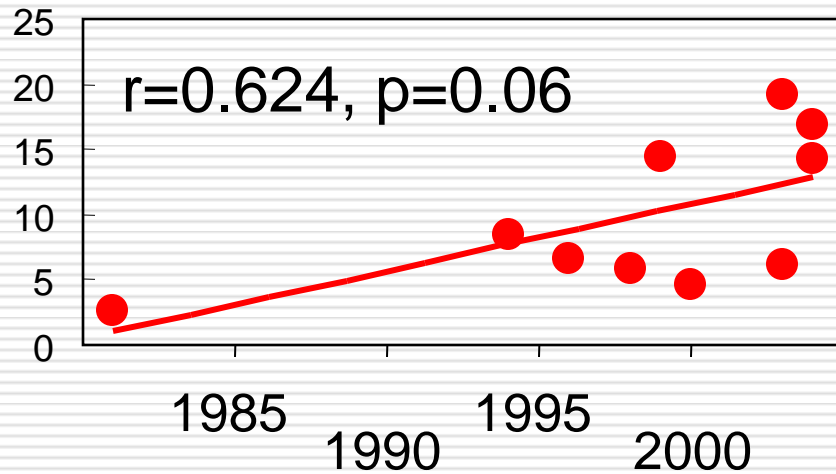
---



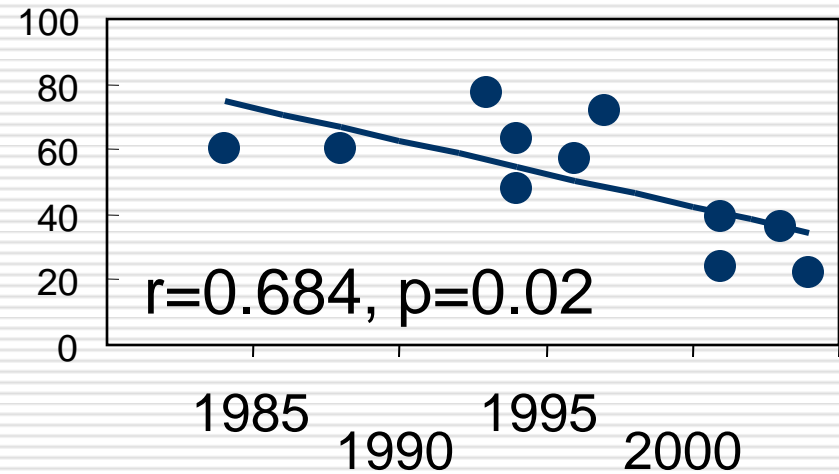
1125 patients, 11,2% d'HAP

# Chez tout le monde?

% HAP, séries avec >100 hypertendus (6980 pts)



% APA dans les séries >50 HAP (1143 pts)



HAP diagnostiqué selon les critères de chaque étude

# Chez qui rechercher une HTA II?

---

- Adultes avec
    - Une HTA sévère JNC7, ESH, HAS
    - Une HTA résistante JNC7, ESH, HAS
  - Enfants et adolescents non obèses JNC7
  - Si le bilan de débrouillage suggère une HTA secondaire
    - HTA endocrine: hypokaliémie, symptômes adrénergiques
    - HTA rénovasculaire: souffle abdominal, réduction néphronique, athérosclérose ailleurs
-

# 3 questions principales

---

- ❑ Chez quels patients doit-on rechercher un HAP?
  - ❑ Comment doit-on rechercher un HAP?
  - ❑ Pourquoi doit-on rechercher un HAP?
-

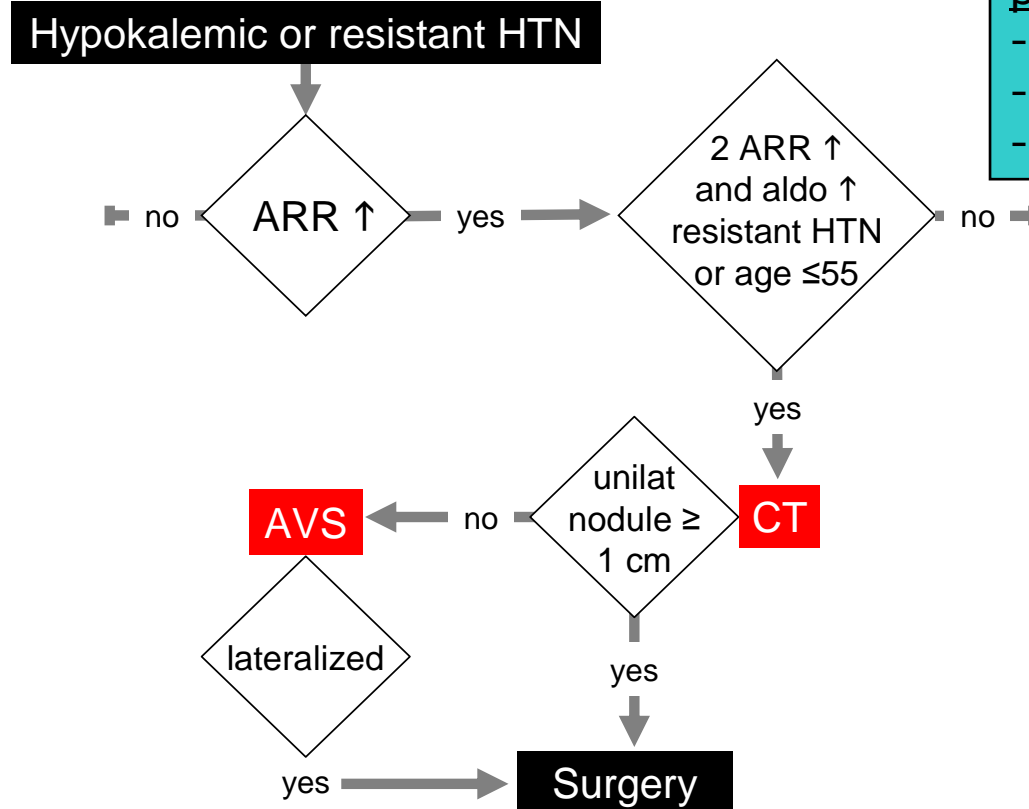


# Arrêts des médicaments

---

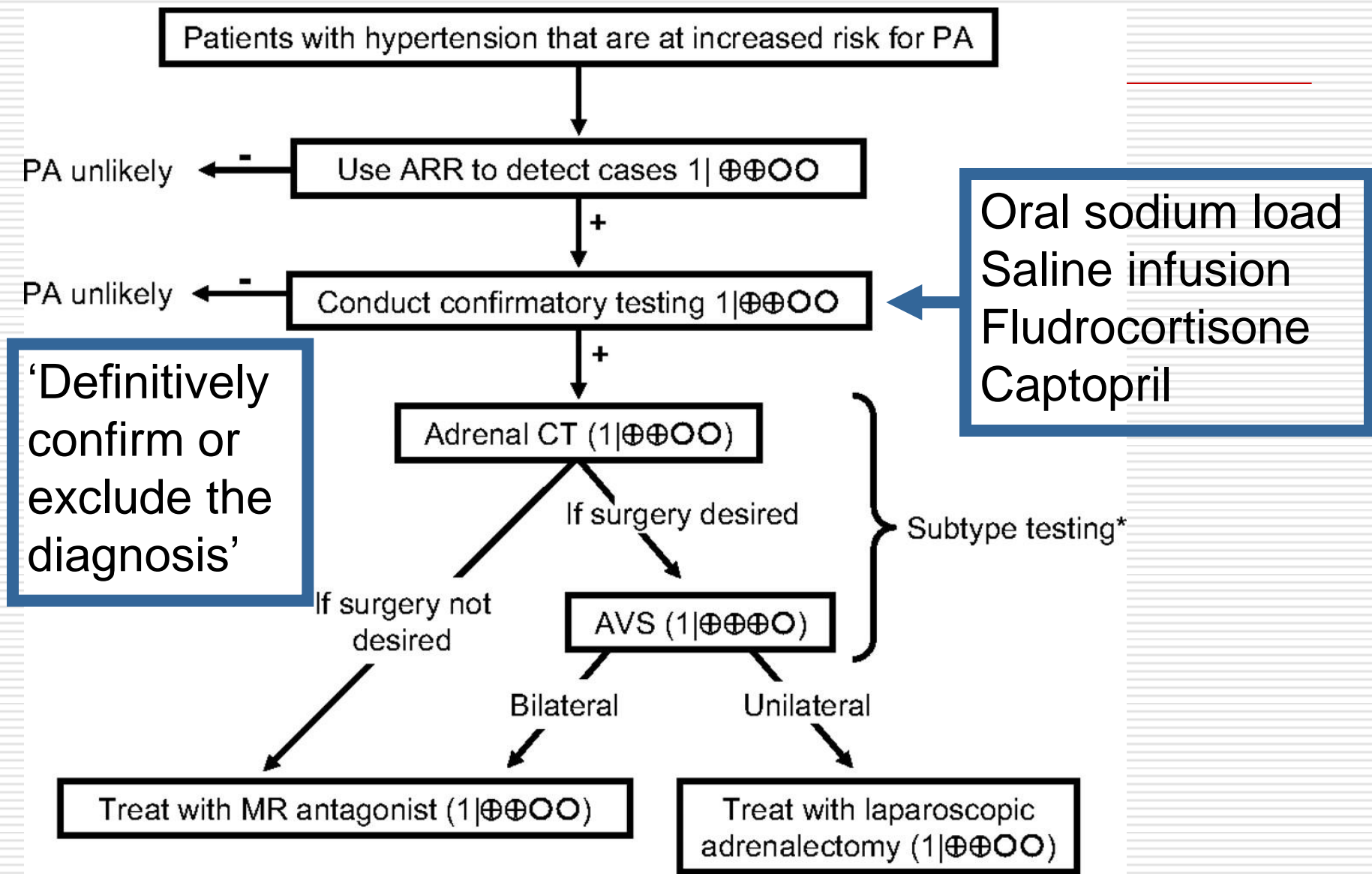
- 6 semaines avant les dosages
    - Arrêt de la spironolactone et de l'éplerénone
    - Arrêt des inhibiteurs de la rénine
  - 15 jours avant:
    - Arrêt des IEC/ARA2
    - Arrêt des diurétiques
    - Arrêt des Bêta bloquants
  - Drospirenone
  - Antihypertenseurs « neutres »
    - Antihypertenseurs centraux, inhibiteurs calciques non dihydropyridine, alpha bloquants
-

# Diagnostic d'HAP: 2 stratégies



A/R 2 fois >64 pmol/mU plus

- aldo couché > 500 pmol/l
- aldo debout > 555 pmol/l
- ou aldo  $pH_1$  > 63 nmol/24h



# Sensibilité de la charge en sel?

---

- 51 patients hospitalisé à l'HEGP avec un diagnostic d'hyperaldostéronisme primaire
- Charge en sel et cathétérisme des veines surrénales systématique.

	Lat > 4	Lat <4	Total
SIT < 5 pg/ml	3	11	14
5 ≤ SIT < 10	8	7	15
SIT ≥ 10	17	5	22
Total	28	23	51

# Les sous-types d'HAP

---

## “Primaires”<sup>1</sup>

Adénome de Conn  
Hyperplasie primitive  
Carcinome surrénal

## Formes curables<sup>2</sup>

Adénome de Conn classique  
Adénome de Conn rénine  
dépendant  
Hyperplasie primitive

## “Secondaires”<sup>1</sup>

Hyperplasie bilatérale  
FH1: Glucocorticoid-  
Responsive Aldosteronism  
(et FH2?)

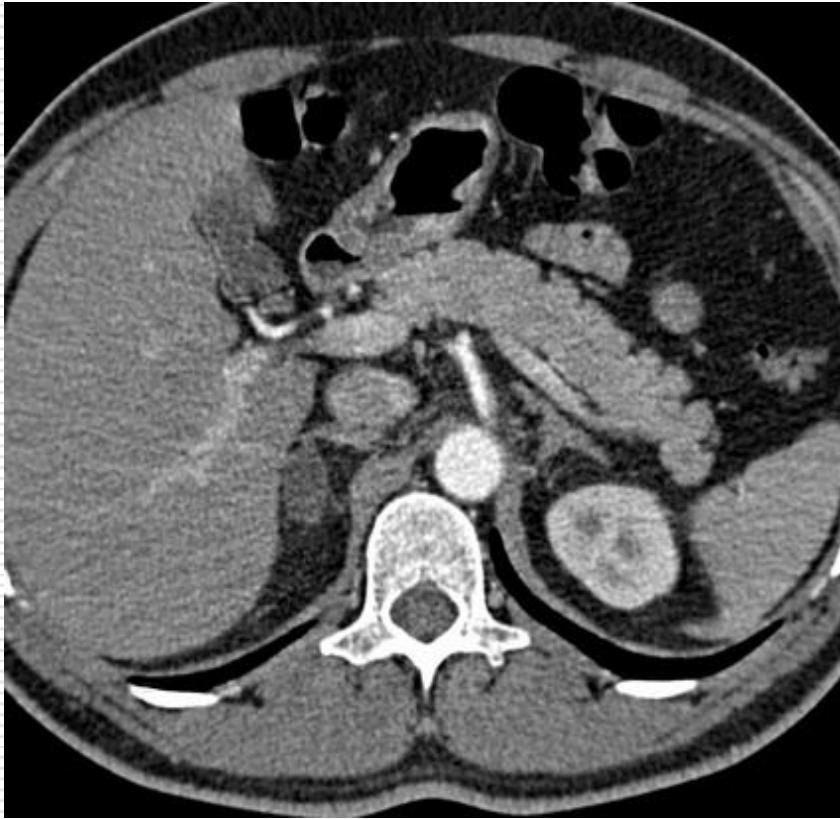
---

<sup>1</sup> Ed. Biglieri, Hypertension 1991;17:251

<sup>2</sup> Irony, Am J Hypertens 1990;3:576

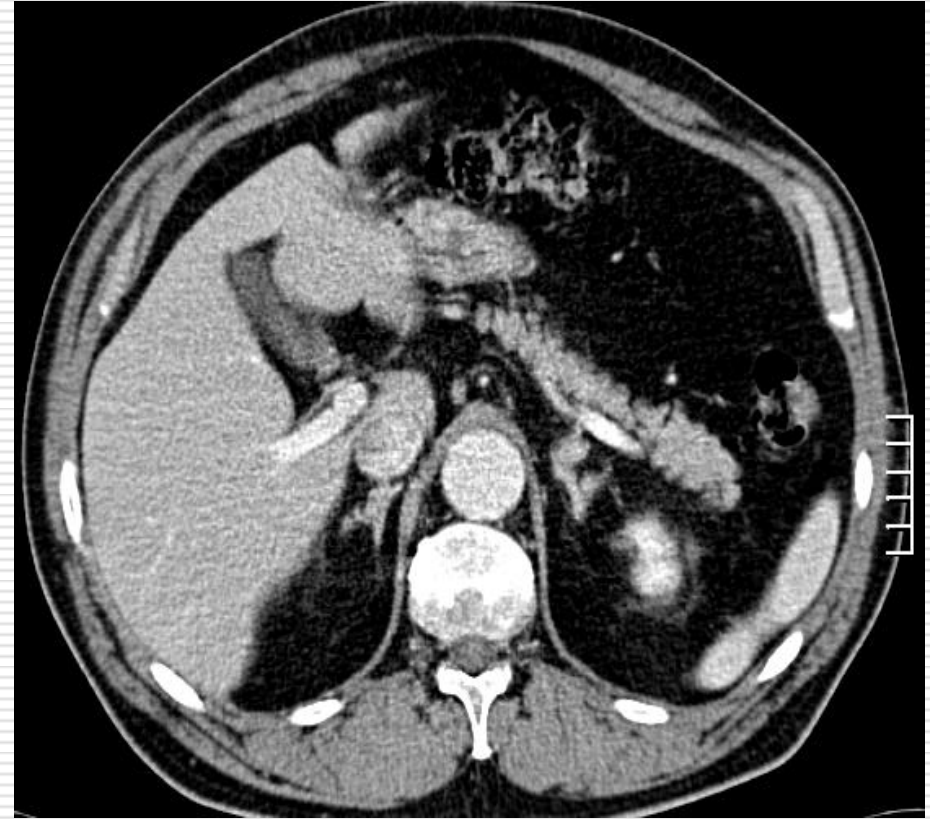
# HAP avec ou sans tumeur

---



Adénome produisant de  
l'aldostérone

---



Hyperplasie  
idiopathique

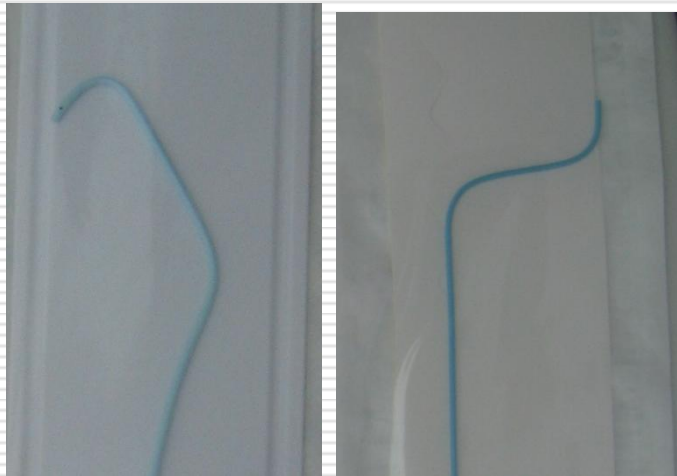
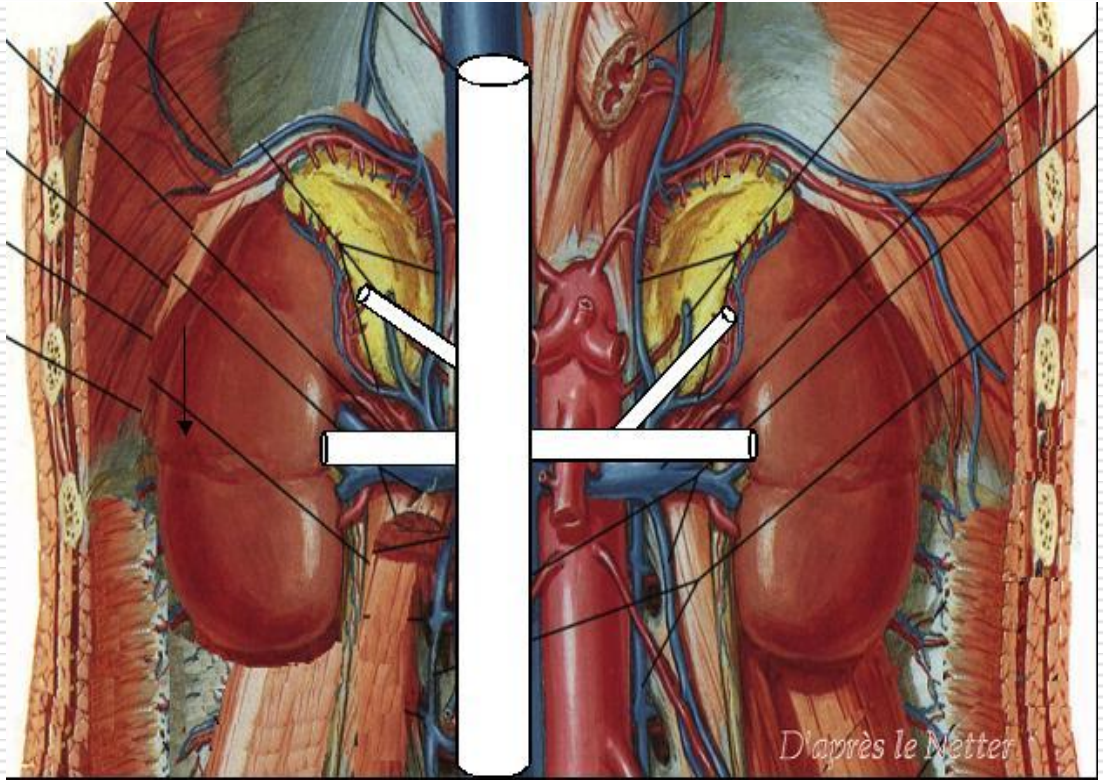
---



# Catheterisme veineux surrenal: seuils, faisabilité, sécurité

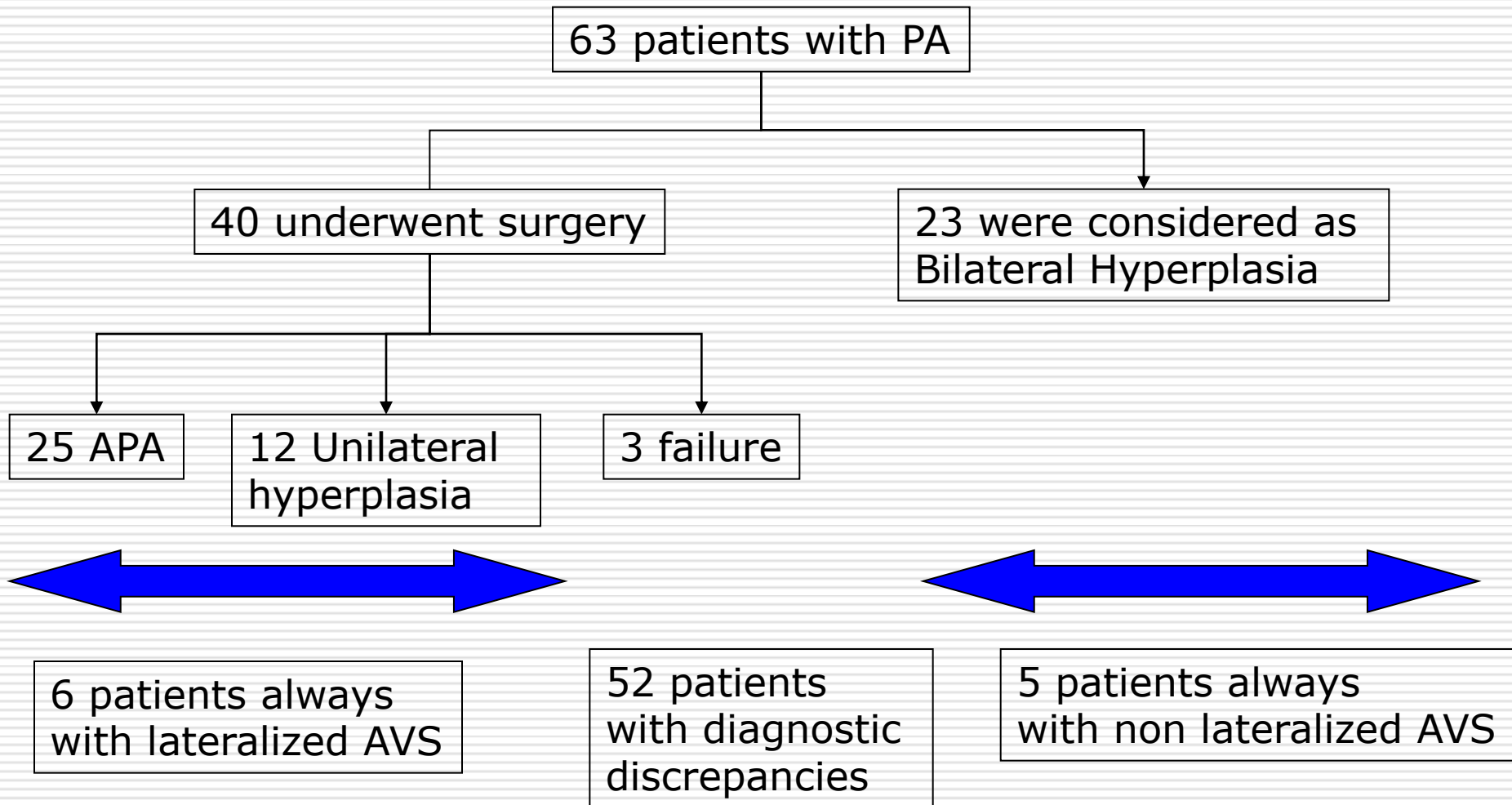
**Critère de succès:**  
cortisolémie surrenale  
au moins 2 x VCI

**Critère de latéralisation:** rapport  
aldo/cortisol au moins  
5 x d'un côté



# Variable interpretation of adrenal vein sampling

---





# 3 questions principales

---

- ❑ Chez quels patients doit-on rechercher un HAP?
  - ❑ Comment doit-on rechercher un HAP?
  - ❑ Pourquoi doit-on rechercher un HAP?
-

# HTA? Kaliémie? HAP?

---

On recommande de dépister un HAP chez les patients ayant une HTA hypokaliémique ou résistante, ou sujet jeune (ANAES, ESH, JNC7)

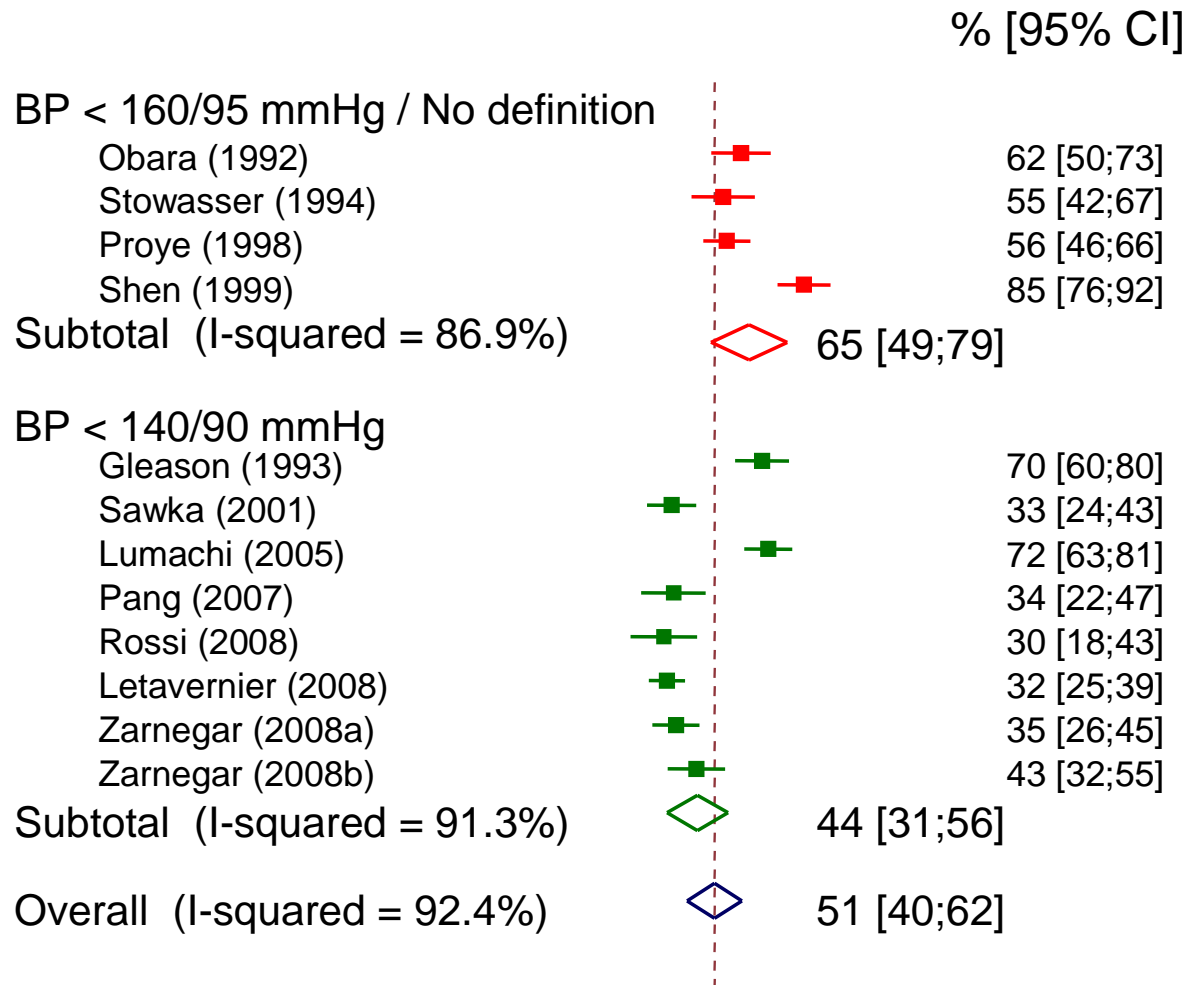
La tumeur, si elle existe, est un adénome bénin

L'objectif est de normaliser le potassium et la PA et de prévenir les événements CV

**L'hypokaliémie est corrigée dans la plupart des cas mais l'HTA est souvent sévère et résistante**

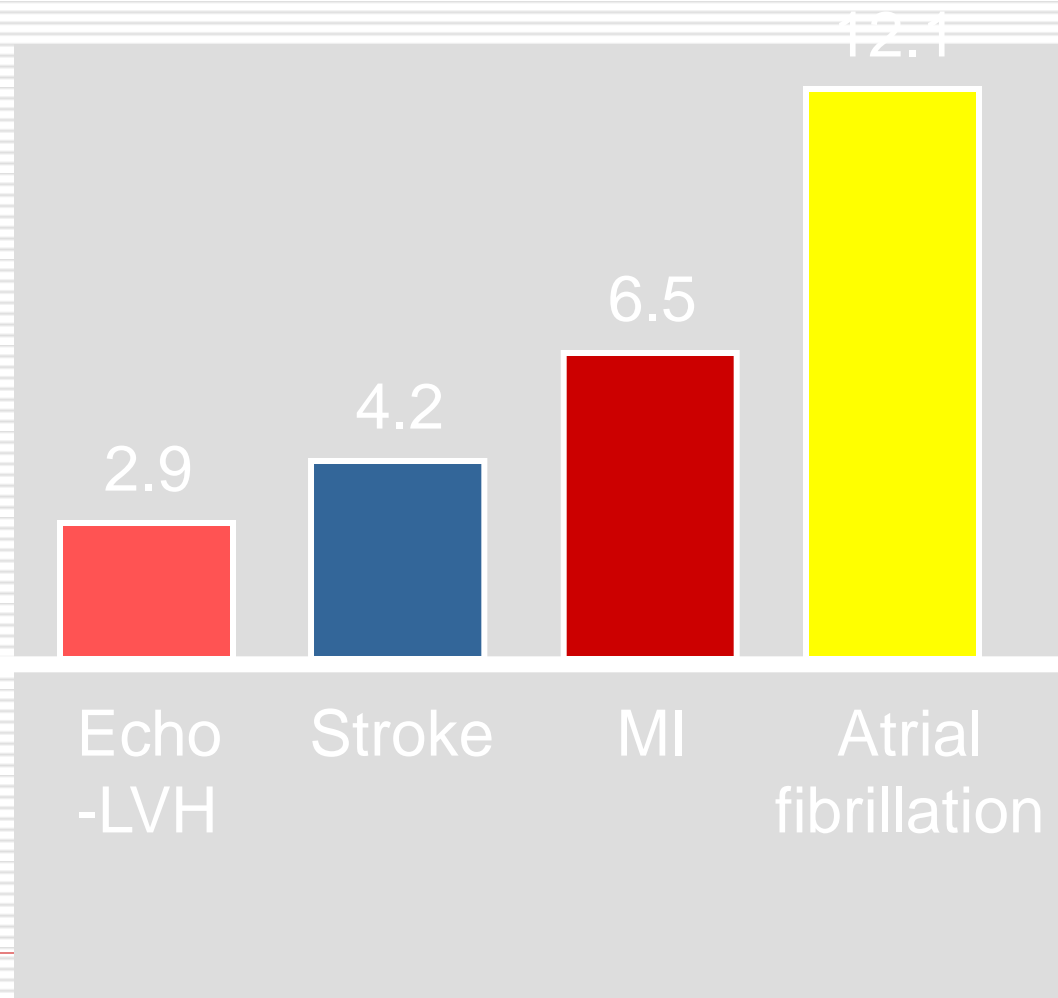
---

# Taux de guérison après chirurgie



# Comparaison des événements cardiovasculaires dans l'HAP vs l'HTA essentielle

OR pour événements CV chez 124 patients avec HAP vs 465 patients hypertendus appariés sur l'âge, le sexe et la PAS.



# Traitement chirurgical

---

- Technique
  - Surrénalectomie sous coelioscopie
  - Durée de l'intervention 75 à 120 mn
- Indications
  - Hyperaldostéronisme latéralisé
  - Bénéfice à un allègement du traitement antihypertenseur
- Risque
  - Pas de mortalité
  - Faible morbidité 3 à 5%

# Traitement médicamenteux

---

- Kaliémie
    - Pas de KCl au long cours
    - Traitement spécifiques
    - Traitement non spécifique amiloride
  - Pression Artérielle
    - Déplétion sodée
    - Traitement spécifique
  - Hyperaldostéronisme
    - Spironolactone
    - Eplerenone
-

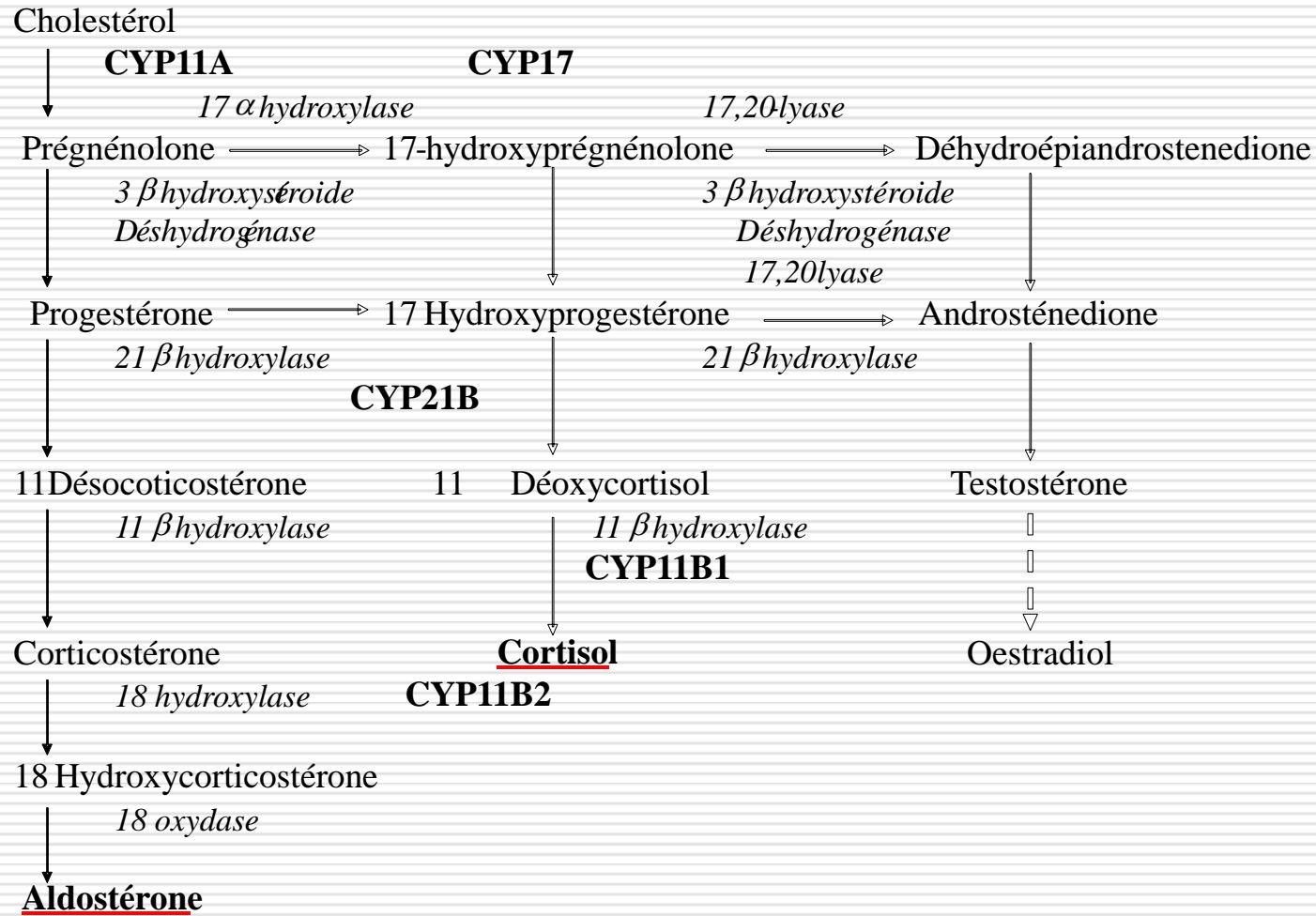
# Traitement spécifique

---

- Spironolactone: antagoniste du récepteur minéralocorticoïde
    - Efficacité démontrée
    - Posologie 1 à 2mg/j
    - Effets secondaires corrélés à la posologie
    - Indication dans l'HTA essentielle
  - Eplerenone:
    - Pas d'AMM dans l'HTA
    - Efficacité moindre que celle de la spironolactone
    - Plus spécifique du récepteur minéralocorticoïde
-

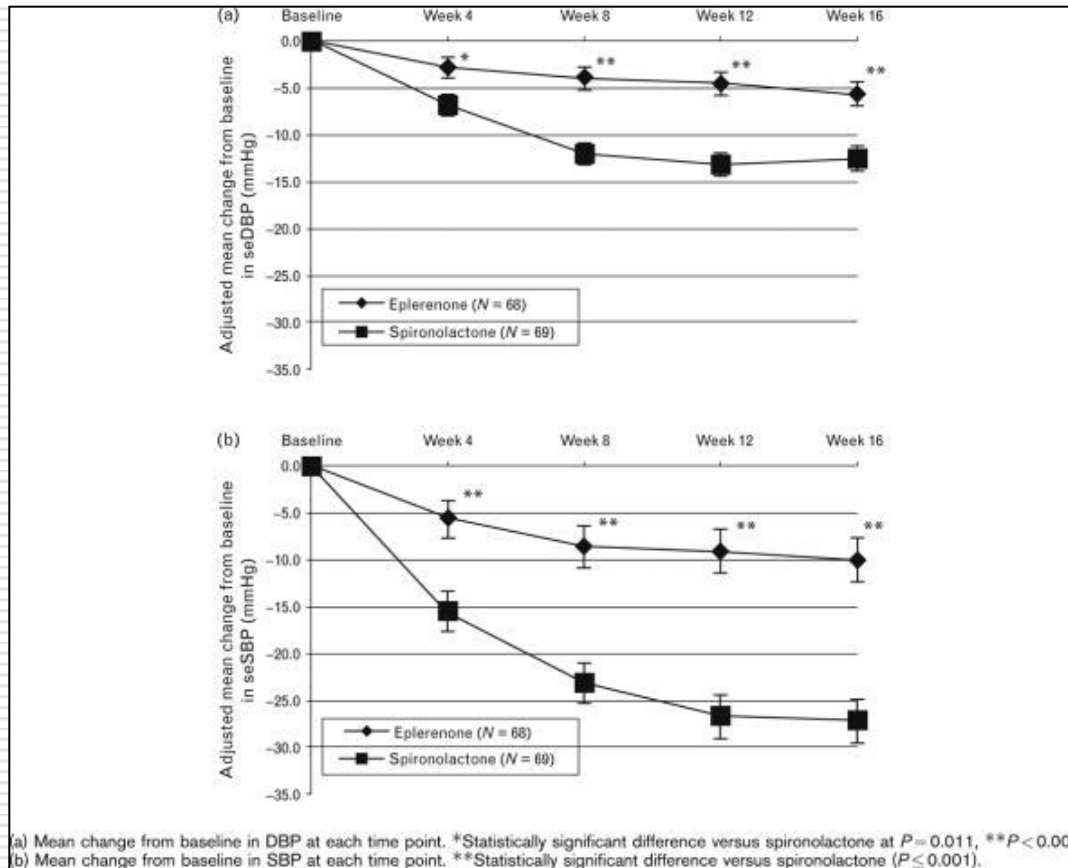
# Synthèse de l'aldostérone

---

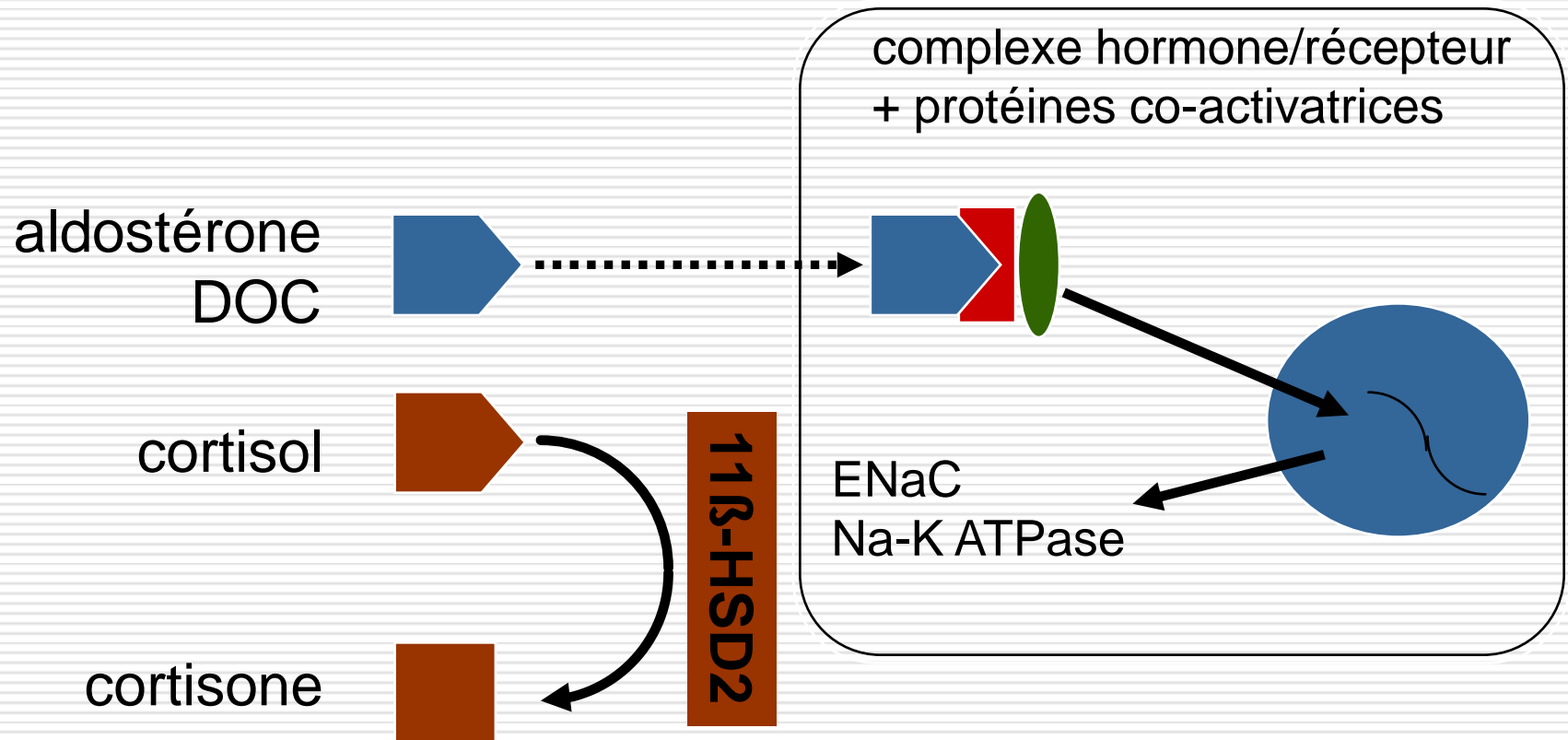




# Eplerenone vs Spironolactone



# Autres hyperminéralocorticismes



# Conclusion

---

- ❑ Pathologie fréquente 6-7% des Hypertendus
  - ❑ Les normes dépendent des laboratoires
  - ❑ L'imagerie ne permet pas de conclure quant au côté uni ou bilatéral
  - ❑ Faire un cathétérisme veineux surrénal si la chirurgie est envisagée
  - ❑ La chirurgie ne guérit l'HTA que dans 30% des cas mais permet un bénéfice tensionnel conséquent dans 80% des cas
-