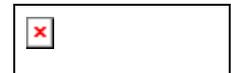


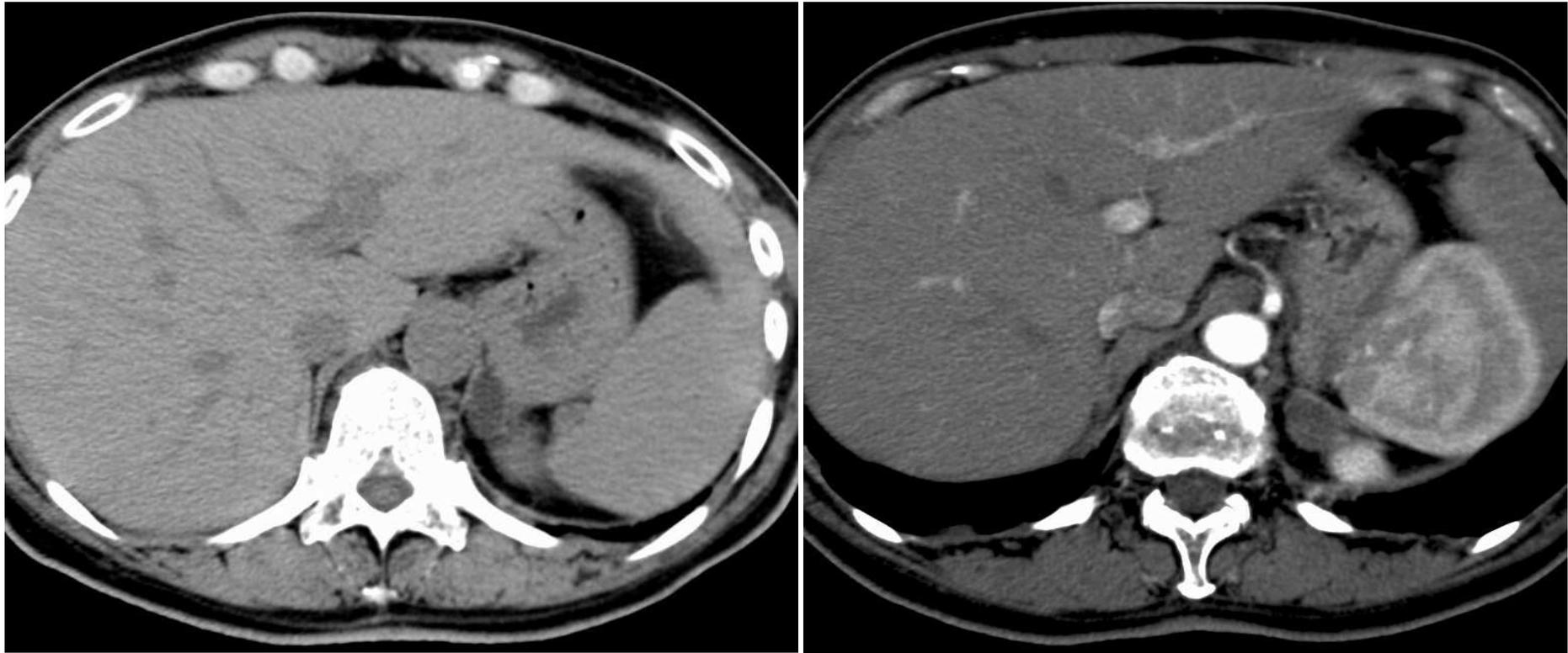
# Une hypokaliémie sous diurétique

- Un homme de 38 ans souffre d'une HTA récente. Vous le voyez sous bithérapie par diurétique et IEC avec une PA à 164/108 mmHg et une kaliémie à 3,1 mmol/l. Un contrôle biologique après l'arrêt du diurétique montre une créatinine à 72  $\mu$ mol/l et un kaliémie à 3,2 mmol/l. Sa MAPA est à 143/98 mmHg.
- Allez-vous modifier son traitement ?
- Demandez-vous des examens complémentaires ?

Sous Alpress 5 + 4 g de KCl: kaliémie 3,6 mmol/l, rénine C et D 4,3 et 7 mU/l, aldostérone 922 et 794 pmol/l



## Le scanner avant et après injection



On propose une surrénalectomie coelioscopique



# Hyperaldostéronisme à opérer ou non ?

Rénine C/D	1,2 mU/l
Aldo C/D	599/1000 pmol/l
Aldostéronurie	98 nmol/j



**Cathétérisme veineux surrénal:**  
Aldostérone/cortisol

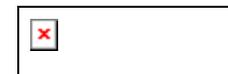
D	8,0
G	2,1



**Réponse au Tt**

Amlor 10, 1 Hypérium, 4 Modamide  
Aldactone 150

K	MAPA
3,1	138/85
4,3	168/112

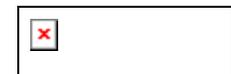


# Un hypertendu polyvasculaire

Mr C., 52 ans, est vu en médecine du travail avec une PAS à 200 mmHg; il n'était pas hypertendu auparavant.

Vos constats:

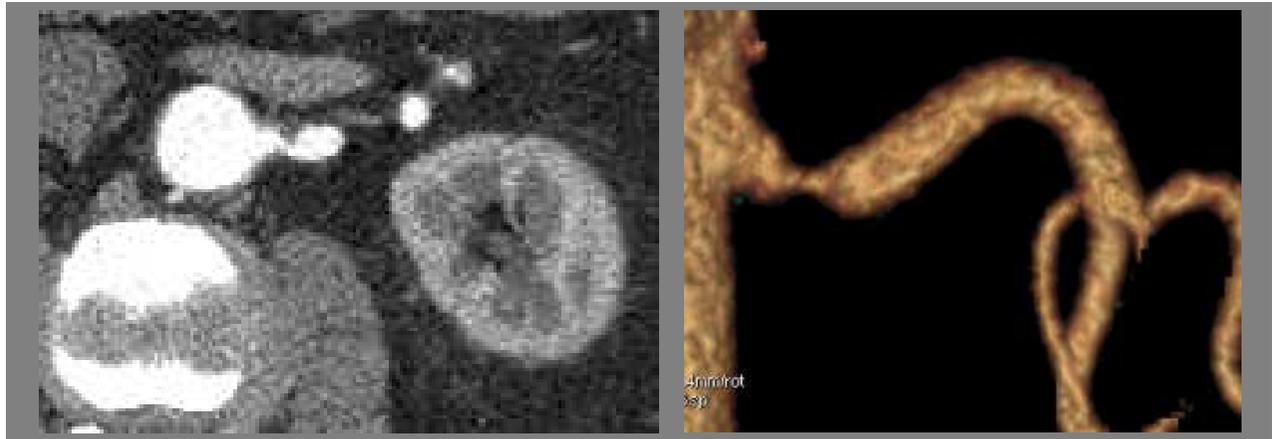
- Tabagisme actif à 32 paquets année. Toux chronique avec exacerbation hivernale. 4 verres de vin et 2 bières par jour. Claudication du mollet droit à 500 m, stable depuis 5 ans.
- PA 198/102 mmHg. Poids 46 kg pour 163 cm. Pouls fémoraux et poplités amortis; pouls tibial et pédieux absents à D; souffle fémoral droit. IPS 0,7 à D et 0,8 à G. Souffle aortique irradiant dans la fosse lombaire gauche et souffle carotidien gauche.



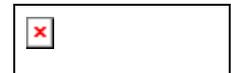
# La réponse au traitement

Après des efforts sur l'hygiène de vie:

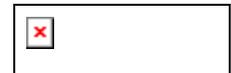
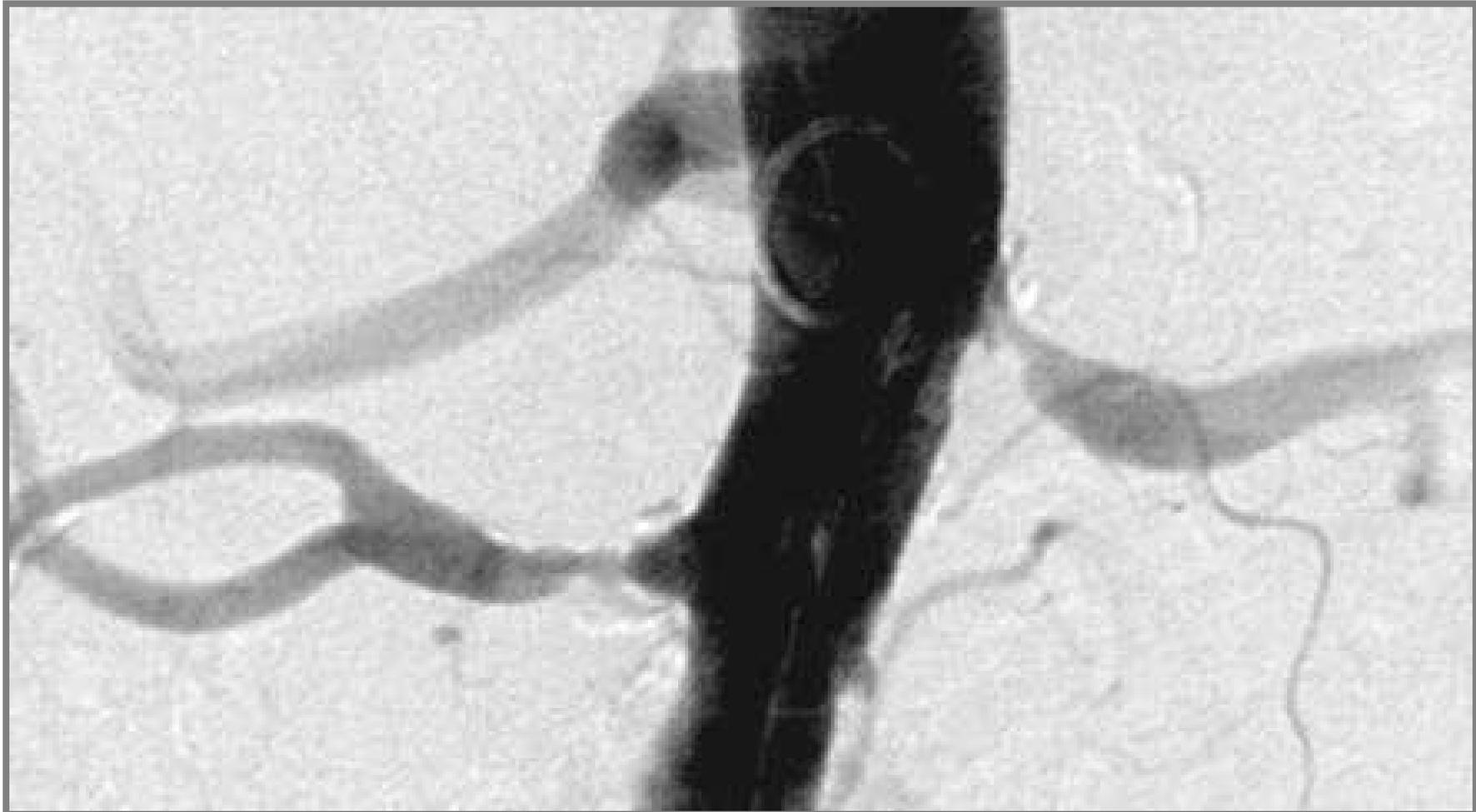
- Sa pression artérielle sous Triatec 10 et Amlor 10 est à 128/60 mmHg. Sa kaliémie et sa créatininémie sont à 4,2 mmol/l et 120  $\mu$ mol/l respectivement.
  - Quelles sont vos explorations complémentaires?
- Un an plus tard sa MAPA diurne sous Triatec 10, Amlor 10 et Esidrex 25 est à 142/72 mmHg, avec une kaliémie à 3,6 mmol/l et une créatininémie à 136  $\mu$ mol/l. Que proposez vous?



# Proposez-vous un stent?



Et dans cette configuration?



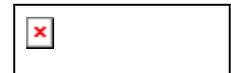
Monsieur A, 62 ans, est diabétique et fume 25 cigarettes par jour. Sa MAPA diurne est à 152/84 sous trithérapie. Son DFG et sa protéinurie sont à 55 ml/min et 0.35 g/j.

Vos propositions ?



Madame C, 38 ans, consulte pour HTA récente, permanente (MAPA diurne 164/108). Elle a un souffle sous-costal droit.

Que proposez-vous ?



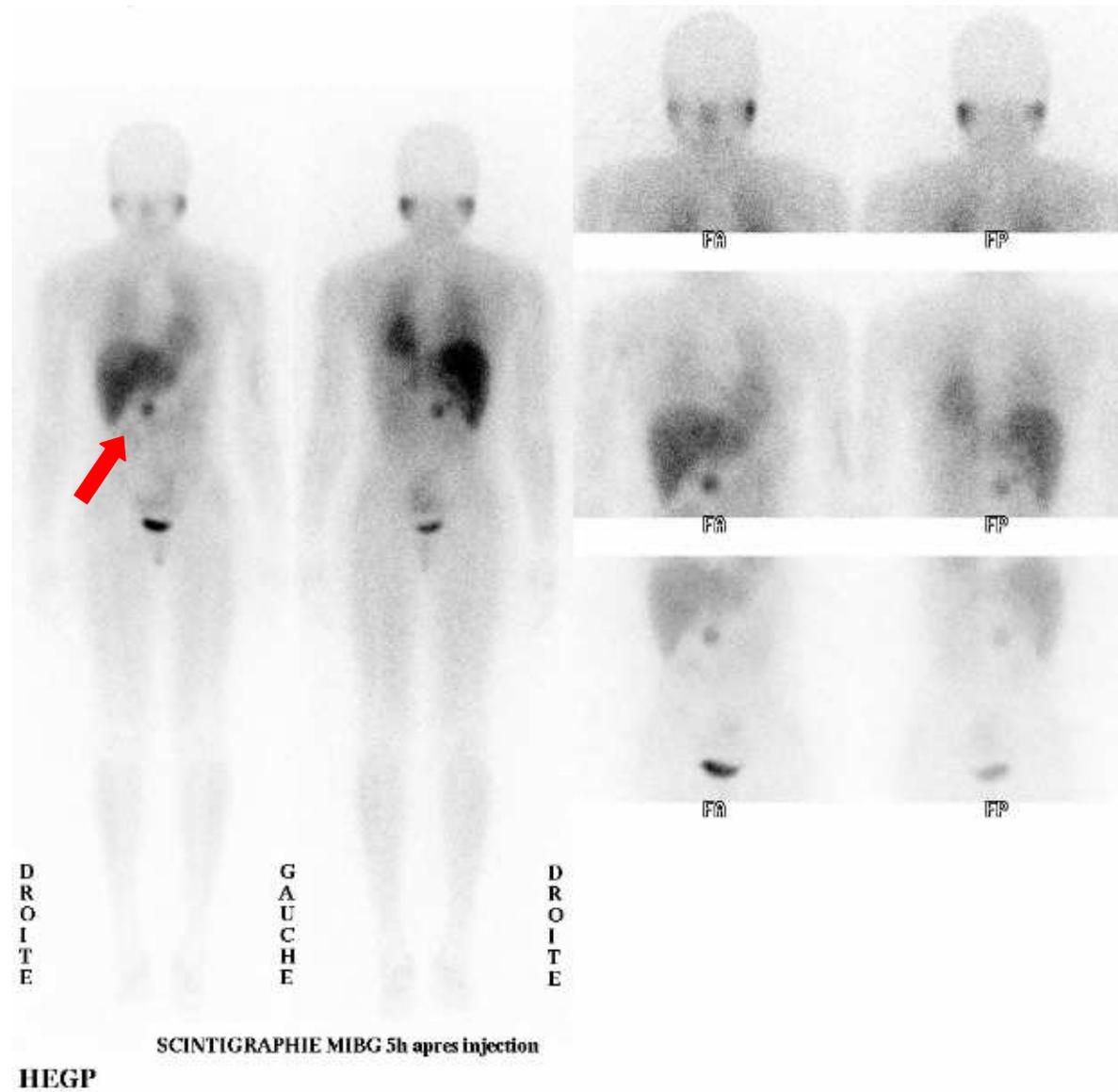
Ce patient a depuis 6 mois des sueurs et palpitations. Il a perdu 5 kg. Sa PA couché et debout est à 164/106 et 128/92. La MAPA est à 150/91 mmHg sous Amlor 10

Quels examens demandez-vous ?

MNT 22,9  
 $\mu\text{mol}/24\text{h}$



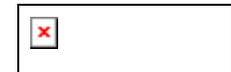
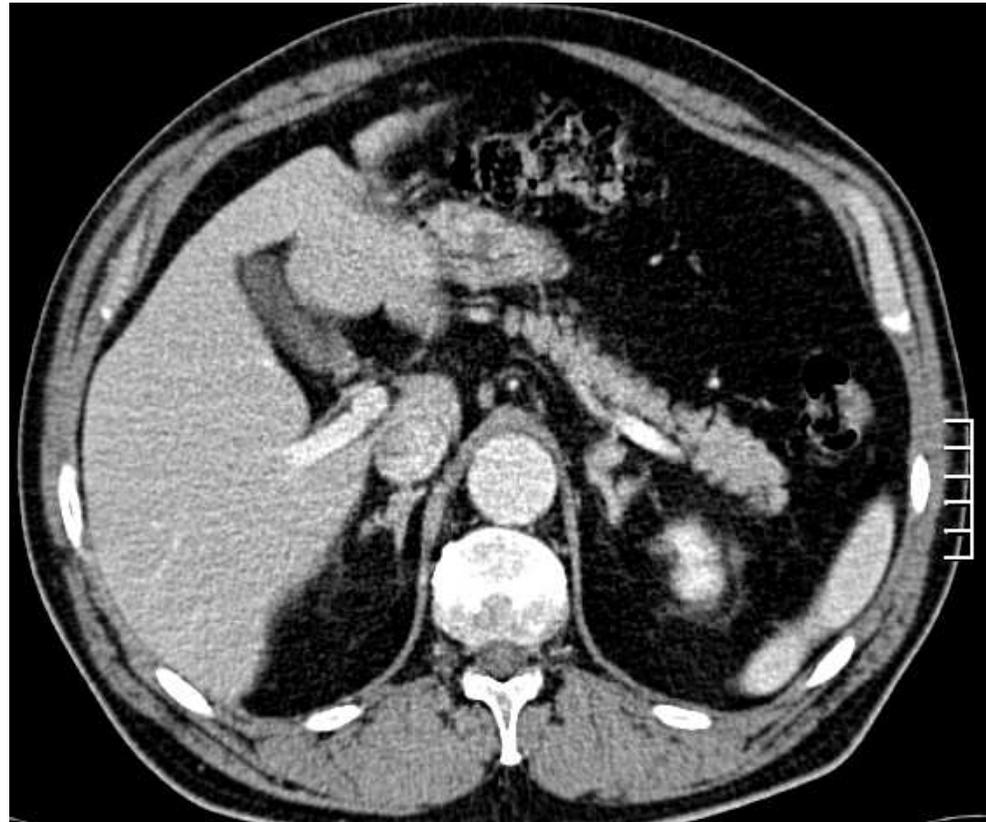
# Scintigraphie à la MIB



Unité d'hypertension, HEGP

# Un cas de résistance au traitement

HTA depuis 7 ans, BMI 37 kg/m<sup>2</sup>, MAPA 138/92 mmHg sous trithérapie. Après relai par Alpress et Amlor: K 3,7 mmol/l, rénine et aldostérone en position assise 4 mU/l et 882 pmol/l, aldostéronurie 72 nmol/24h.



55 ans, découverte fortuite d'une masse SRD. MAPA 130/85 sous Amlor + Atacand, BMI 25,6 kg/m<sup>2</sup>, glycémie 7,4 mmol/l.

Que demandez vous ?



MNT 21.5  $\mu\text{mol/l}$   
NorA 59,6 nmol/l

MIBG: fixation unique

# Une HTA partiellement réversible

- Ce patient normotendu sans antécédent est vu aux urgences pour une colique néphrétique gauche
  - L'examen clinique est normal, la BU trouve 3+ de sang
  - L'écho trouve des reins normaux
- L'évolution est la suivante:
  - 1 mois plus tard, sa PA est à 192/108 mmHg
  - 6 mois plus tard, sa PA est normale sous Triatec

Quel est le diagnostic?  
Comment le confirmer?

