



Pathologies des Glandes Surrénales

Hyperaldostéronisme primaire

Module d'Endocrinologie
5^{ème} année de médecine

PR KHELIL NEH

MCA EN ENDOCRINOLOGIE- DIABÉTOLOGIE ET MALADIES MÉTABOLIQUES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TLEMCEN

Introduction

L'aldostérone = l'hormone de la réabsorption du sel

L'excès d'aldostérone a pour conséquence une rétention sodée avec fuite potassique majeure.

Essentiellement sous la dépendance du syst rénine angiotensine, lui même stimulé par l'hypovolémie et la déplétion sodée et la diminution du débit sanguin rénal

La gravité est liée à cette fuite potassique

Introduction

Les hyperaldostéronismes peuvent être :

* **Secondaire**: au cours des pathologies affectant l'équilibre hydroélectrolytique ou diminuant le calibre d'une artère rénale

La rénine est augmentée.

* **Primaire**: par tumeur unilatérale(syndrome de conn)
par hyperplasie bilat de la glomérulée

La rénine est basse

Tableau clinique

1. Un syndrome polyuro-polydipsique

La polyurie est variable dans son abondance (3 à 5 litres par 24 heures) mais réveille souvent le malade la nuit (pollakiurie nocturne). Les urines sont pâles, peu denses. La polydipsie en est la conséquence.

2. Une hypertension artérielle

C'est une hypertension résistante, permanente, systolo-diastolique, s'accompagnant souvent d'hypotension orthostatique.

Cette hypertension est souvent asymptomatique, seul symptôme fréquent : la céphalée.

Tableau clinique

3. Des troubles neuromusculaires

Ils comprennent des accès de paralysie transitoire de type paralysie périodique, de survenue brutale, prédominants aux membres inférieurs, sans trouble neurologique objectif et de disparition brutale.

4. Des crises de tétanie vraie

Ces crises sont objectivées par un signe de Chvostek et un signe de Trousseau.

Sur le plan para clinique

A - Les signes biologiques

- Hypokaliémie ou kaliémie inadaptée (prélèvement sans garrot) avec alcalose métabolique
- Natrémie normale ou normale haute
- Kaliurèse normale ou augmentée
- Rapport Na/K urinaire supérieur à 1

Sur le plan para clinique

Conditions de prélèvement :

- Arrêt des médicaments interférant avec le SRAA :
 - B-bloquants, diurétiques (2 semaines avant)
 - IEC, ARA-2 (4 semaines)
 - Anti-aldostérone (6 semaines)
 - Peuvent être utilisés durant cette période : les antagonistes calciques et les anti-hypertenseurs centraux
 - Contrôle et correction des troubles ioniques : Na^+ , K^+
 - Le jour du prélèvement :
 - le matin à jeun
 - Après 1 H de décubitus (l'orthostatisme stimule le SRAA) puis nouvelle série de dosages après 1 heure d'orthostatisme
 - Dosages hormonaux sous réserve d'une kaliémie et d'une natriurèse normales

Sur le plan para clinique

- **En cas d'HAP :**

- Aldostéronémie ↑
- Rénine plasmatique active ↓
- Aldostérone urinaire des 24 H ↑
- Rapport aldostérone / rénine active ↑↑↑

- **Hyperaldostéronisme secondaire :**

- Aldostéronémie ↑
- Rénine plasmatique active ↑ ou inadaptée (anormalement normale)
- Aldostérone urinaire des 24 H ↑ ou normale
- Rapport aldostérone / rénine active peu ↑

⇒ Rechercher la cause : sténose de l'artère rénale, médicaments, hypovolémie...

Sur le plan para clinique

B- ECG :

- Peut être normal
- Signes d'hypokaliémie :
 - Aplatissement de l'onde T ou négativation (dans toutes les dérivations)
 - Sous-décalage du segment ST
 - Apparition d'une onde U
 - Troubles du rythme ventriculaires et supraventriculaire

Sur le plan para clinique

Mesure couplée de l'aldostérone et de la rénine => La dissociation rénine-aldostérone :

La signature biologique de l'hyperaldostéronisme primaire est une aldostérone élevée en présence d'une rénine basse (activité rénine plasmatique ou concentration plasmatique de rénine active), avec élévation du rapport aldostérone/rénine

Repose sur l'exploration du système rénine angiotensine par les dosages suivants :

- Rénine plasmatique activée
- Aldostérone plasmatique
- Aldostérone urinaire des 24 h

Sur le plan para clinique

Adénome de Conn ou Hyperplasie bilatérale des surrénale?

1. Scanner

- Examen de référence, en 1^{ère} intention
- En cas d'adénome de Conn : Nodule isolé bien individualisé environ 10 mm de diamètre, Hypodense, Unilatéral
- En cas d'hyperplasie bilatérale des surrénales : Hyperplasie des 2 surrénales sans image de nodule

2. Exploration dynamique :

- Test d'orthostatisme (stimulation)
- Test de charge sodée (inhibition)
- Test au captopril (inhibition)

⇒ L'adénome est autonome et l'hyperplasie reste sensible au SRAA

3. Cathétérisme veineux surrénal :

- Recherche une asymétrie sécrétoire par dosage de l'aldostérone dans les veines surrénales.

Principes du traitement

- **Adénome de Conn :**

- Chirurgie : surrénalectomie unilatérale
- Préparation à la chirurgie : Aldactone, arrêt des médicaments hypokaliémiants
- Si contre-indication ou échec → Aldactone à vie

- **Hyperplasie bilatérale des surrénales :** Aldactone au long court