

# CAS CLINIQUE HTA SECONDAIRE

SOFIA BENAMEUR  
DR VAISSE



**MR G, 58 ANS ...**

# ANTECEDENTS

HTA connue et traitée depuis 2000 découverte dans contexte de céphalées à 39 ans

IMC 23

Antécédents familiaux :

Père coronarien ponté à 68 ans

Grand-mère paternelle AVC 65 ans

# 2004 : 43 ANS

Début suivi vasculaire pour une HTA résistante à une trithérapie (lercanidipine 10, Prazosine 2.5 [Abloquant], Fosinopril [IEC])

PA en consultation 160/104mmHg

Bilan :

Rénine 3pg/mL      Aldostérone 1126 pg/dL      K+ 3,2-3,6 mmol/L avec notions de crampes  
(N:)                      (N:

⇒ Hyperaldostéronisme primaire sur hyperplasie bilatérale des surrénales

⇒ Début d'un traitement par Aldactone Diltiazem Hydrochlorothiazide

Switch par Eplérénone en 2005 devant asthénie importante sous aldactone

## **Recommandations : délai d'arrêt des médicaments avant les dosages**

<b>Classe médicamenteuse</b>	<b>Délai d'arrêt (semaines)</b>
Spironolactone	6
Diurétiques autres que spironolactone	3
IEC (inhibiteurs de l'enzyme de conversion)	2
ARA II (antagonistes du récepteur de l'angiotensine II)	2
bêta-bloquants	2
Aliskirène (inhibiteur direct de la rénine)	2

Ces mesures doivent être réalisées si possible en conditions standardisées :

- le matin, plus de 2 heures après le lever
  - en position assise depuis 5 à 15 minutes
  - sous régime normosodé (Natriurie 100 à 200 mmol/24h)
  - en normokaliémie
  - antihypertenseurs arrêtés depuis 2 semaines (ou depuis 6 semaines pour les antagonistes du récepteur minéralocorticoïde et les inhibiteurs de la rénine), à l'exception des inhibiteurs calciques de longue durée d'action et des alpha-bloquants qui peuvent être maintenus.
- L'amiloride peut également être maintenu, jusqu'à une dose de 15 mg/j en cas d'hypokaliémie difficile à contrôler sous apport potassique.
- estro-progestatifs arrêtés depuis 6 semaines.

2009 : 48 ANS

## HOSPITALISATION

-Rapport Aldo/Rénine 130

- Echec cathétérisme des veines surrénales : veine surrénale droite non cathétérisée par les radiologues

- TDM : hyperplasie de la surrénale gauche sans lésion nodulaire. Sténose de l'artère rénale accessoire polaire inférieure gauche.



# 2012 : 51 ANS

	COUCHE	DEBOUT
ALDOSTERONE	7,2	30
RENINE	1,3	5,7
RAPPORT A/R (N<10)	60	52

- Hospitalisation pour Cathétérisme veines surrénales :

LATERALISATION à gauche :

ALDO VSD/CORT VSD = 0,01

ALDO VSG/CORT VSG = 0,87

RAPPORT = 87 (N = 1)

QUALITE ou selectivité (N>1)

CORT VSD/CORT VCISR= 2,5

CORT VSG/CORT VCISR=0,87

	VSD	VSG	VCI SR
ALDOSTERONE (ng/dL)	8	15324	15
CORTISOL (nmol/L)	738	>17500	285
RENINE (ng/mL)			2,9



# TDM 09/2012

Image : surrénale gauche discrètement augmenté

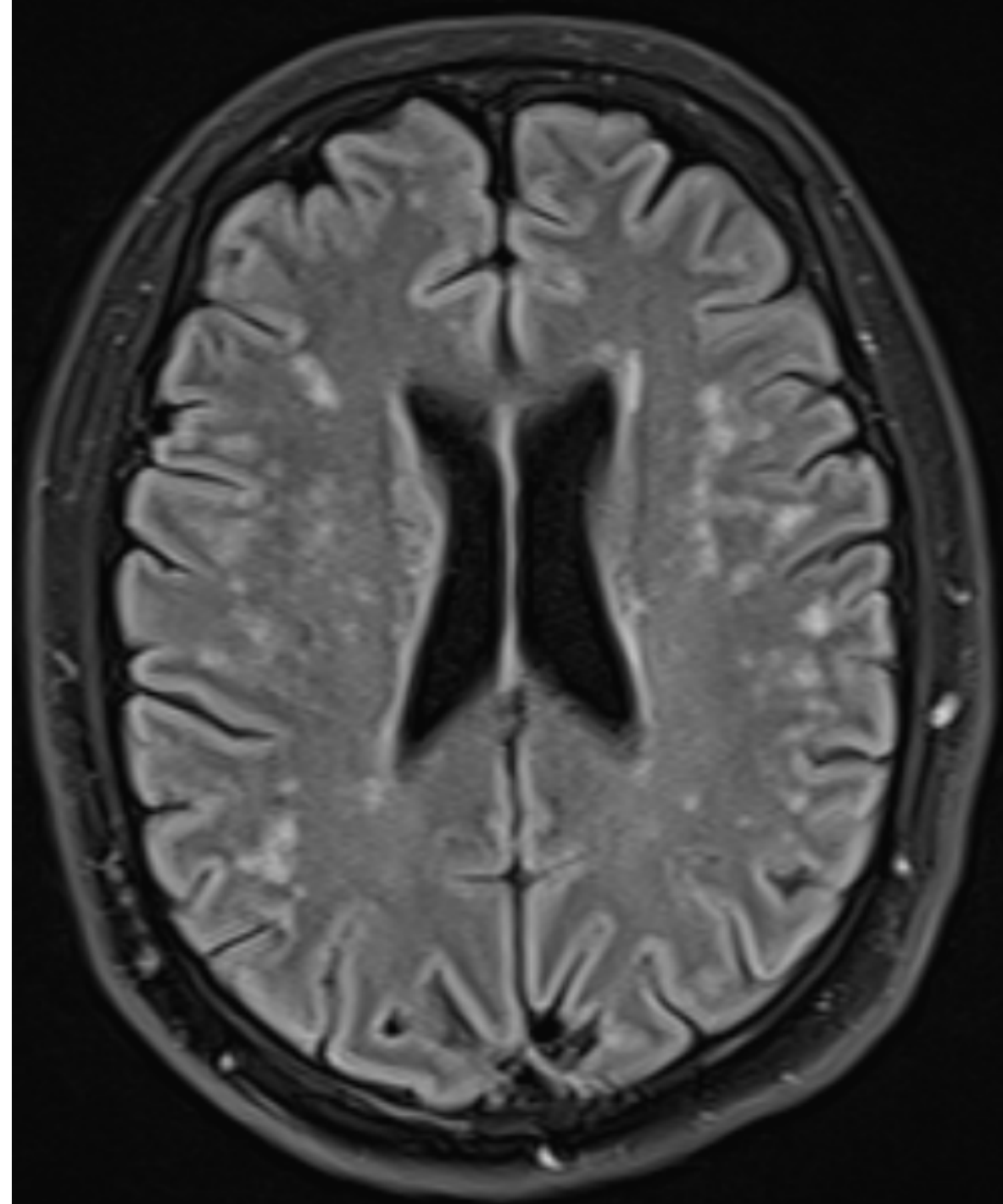
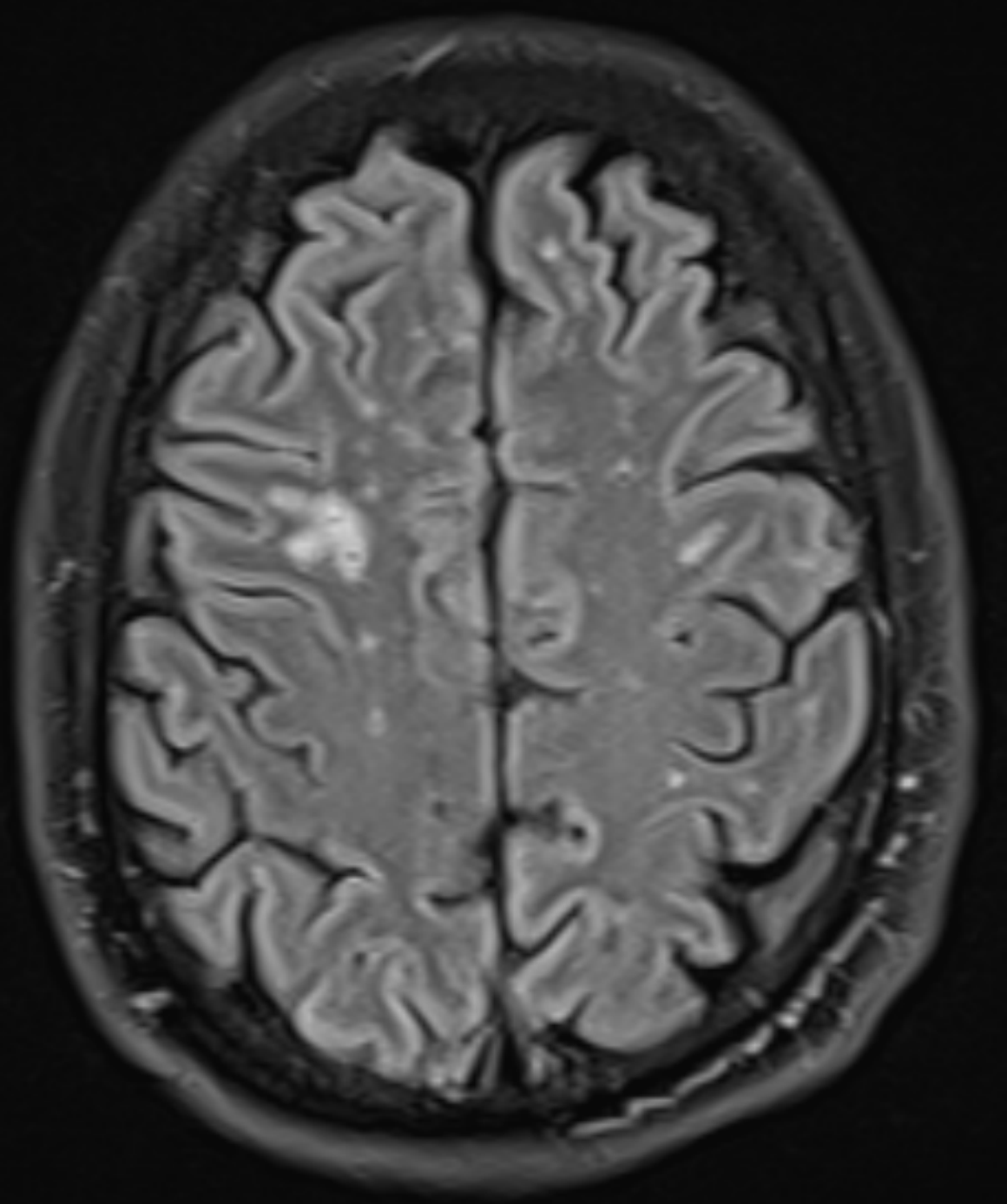
Latéralisation compatible avec un adénome surrénalien, mais devant l'absence de nodule décision d'un traitement médical simple (Diltiazem Eplérenone Amiloride Hydrochlorothiazide Kaleorid)

07/2019 : 58 ANS

Syndrome confusionnel brutal avec suspicion AIT (PA 150/100)

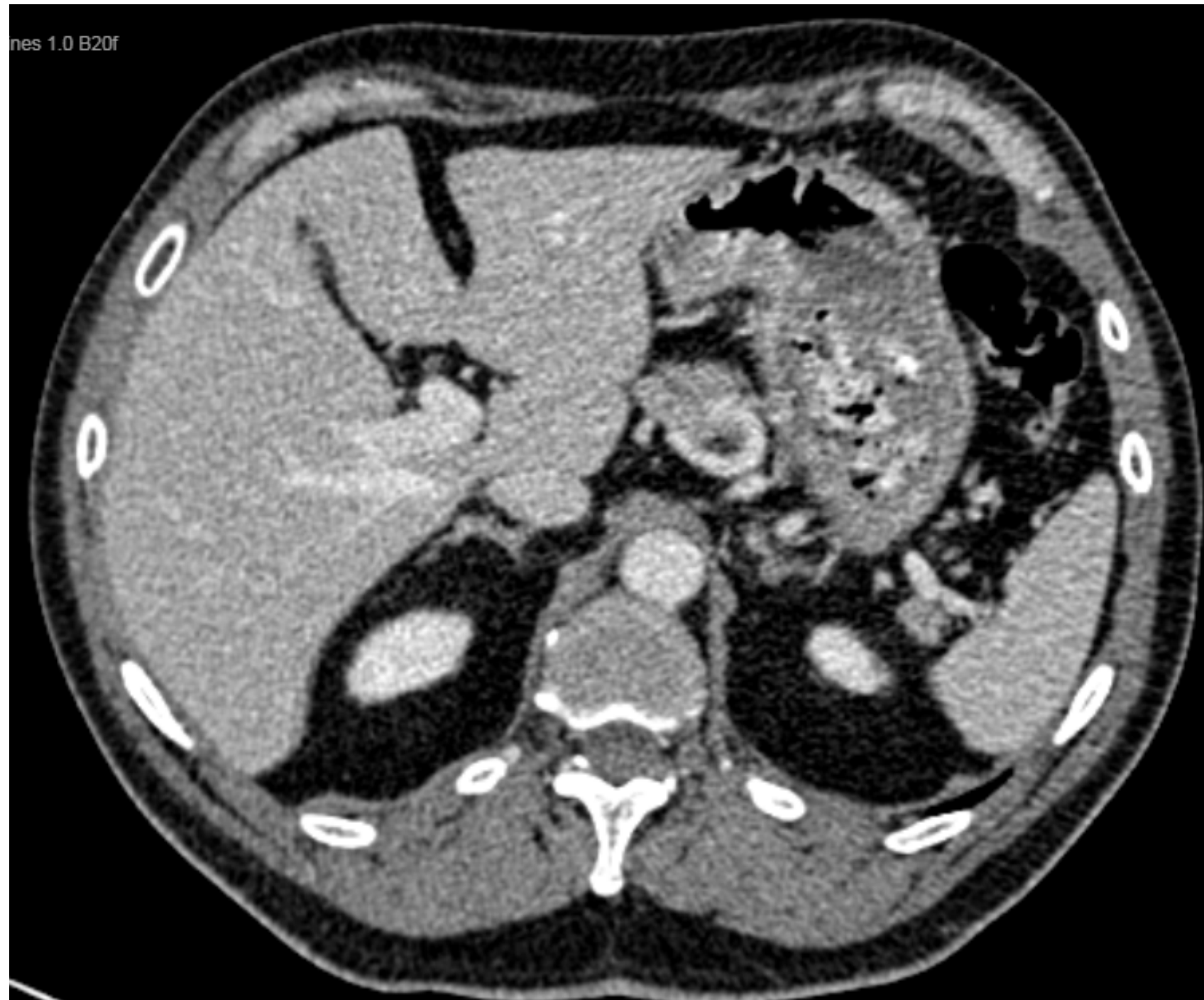
Hospitalisation

- EchoTSAo
- ETT/ETO
- MAPA 24h : 130/85
- IRM cérébral : leucopathie vasculaire => nécessité d'un contrôle PA optimal



TDM 11/2019 :

Hyperplasie surrénale  
gauche stable



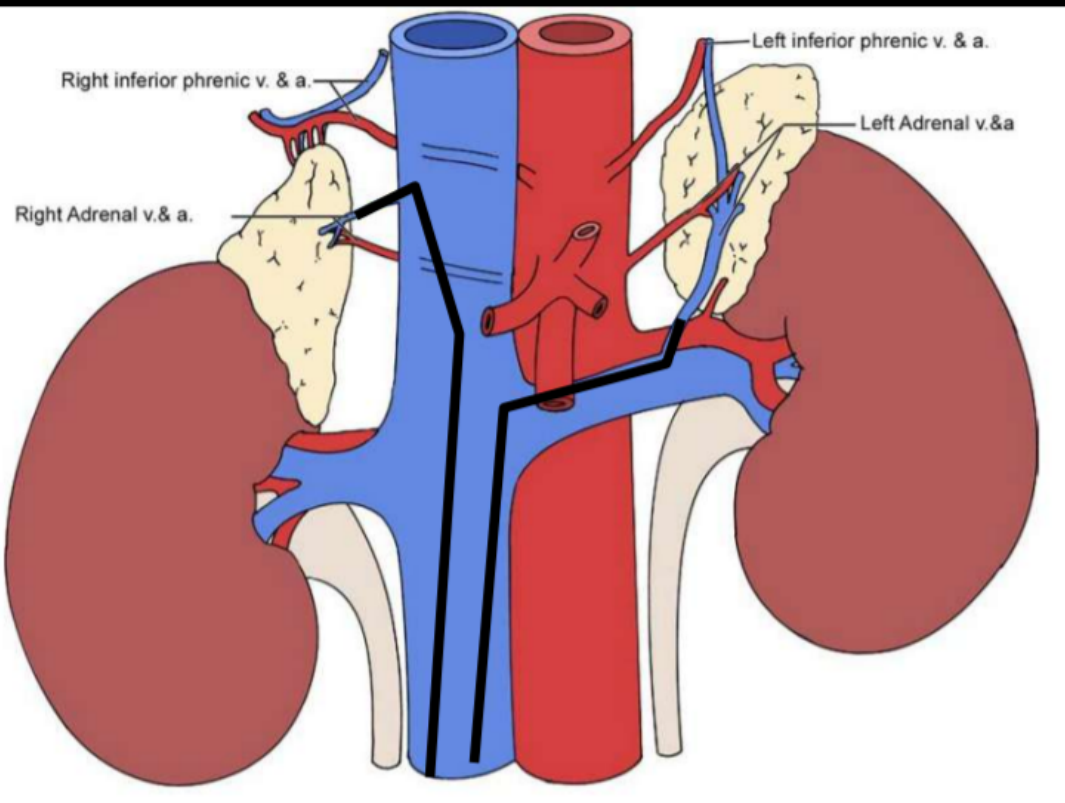
01/2020 : 59 ANS

ALDOSTERONE	1950
RENINE	13,9
RAPPORT A/R	140

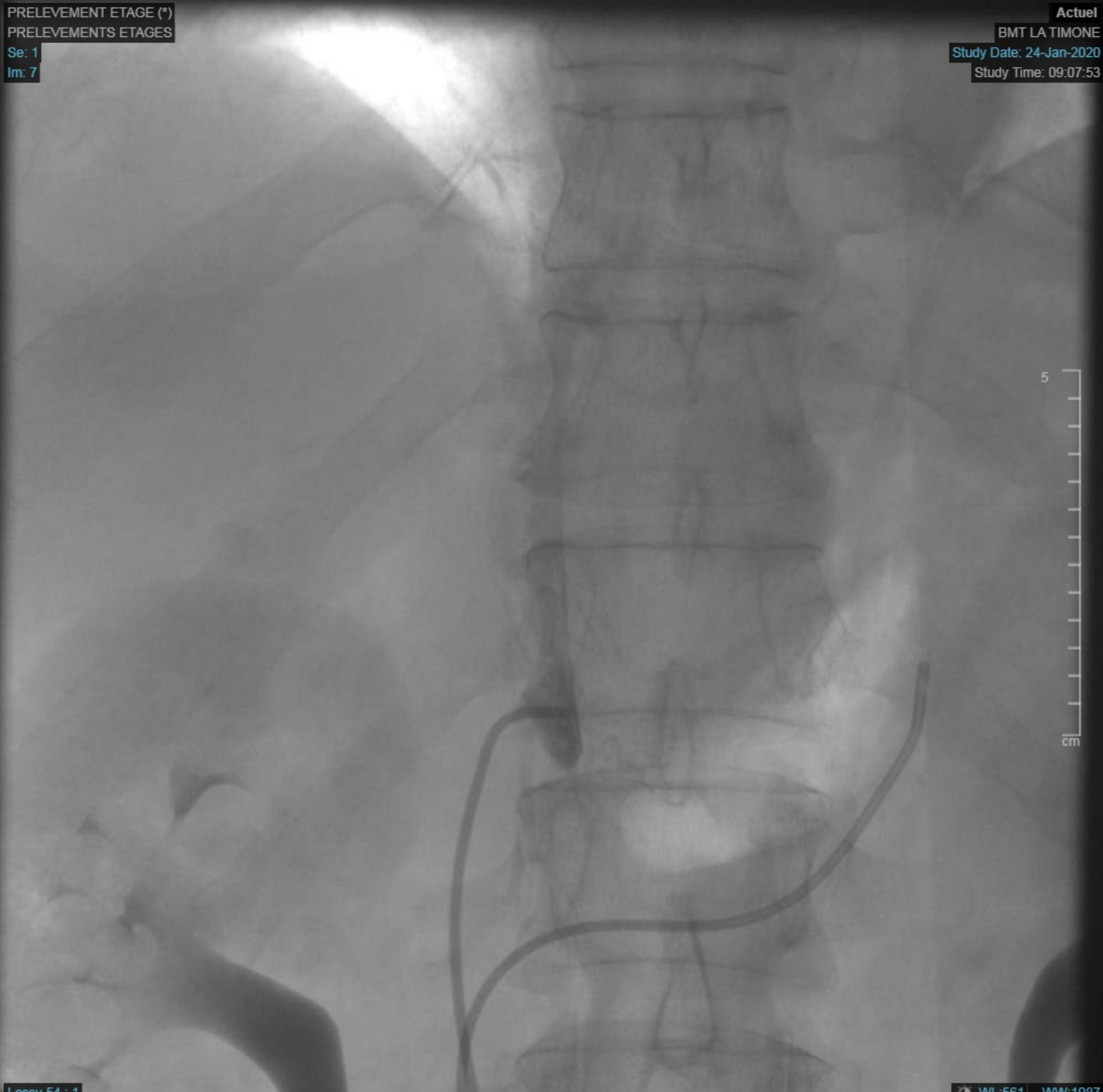
Hospitalisation pour cathétérisme des veines surrénaliennes devant une kaliémie (3,11) et une HTA non contrôlé malgré majoration trt antihypertenseur par Vérapamil

- Echec : Prélèvement veine surrénale gauche incorrect, compliqué d'un hématome surrénale gauche

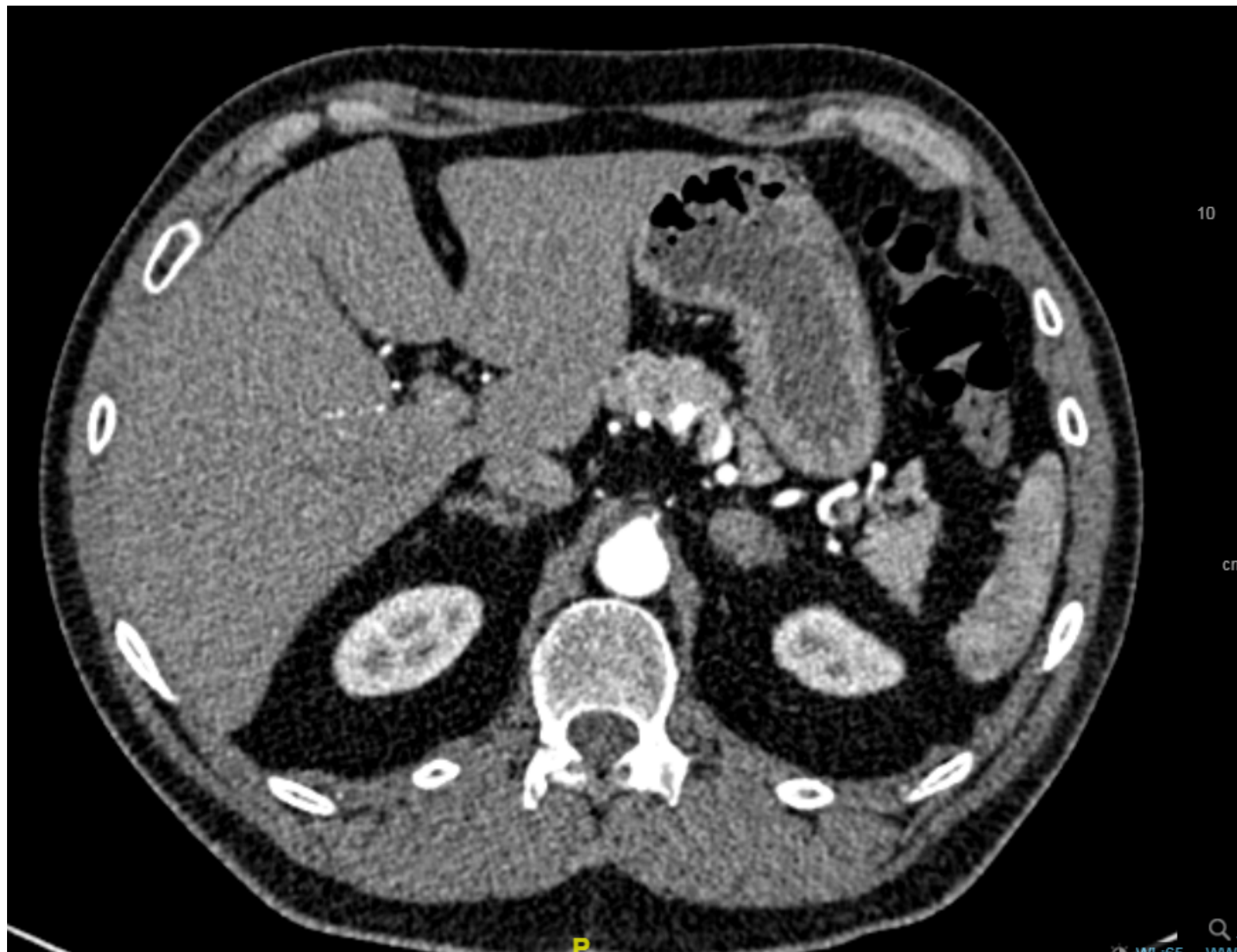
# Dosages sélectifs d'aldosterone et de cortisol



PRELEVEMENT ETAGE (\*)  
PRELEVEMENTS ETAGES  
Se: 1  
Im: 7



09/2020 :  
TDM





Nodule de la surrenale gauche 24x17 mm avec wash out en faveur d'un adénome

Cs chirurgical : Prévoir scintigraphie au norcholestérol pour affirmer la latéralisation



# 11/2020 : SCINTIGRAPHIE

Freiné par dexaméthasone

Hyperfixation surrénale

gauche affirmant la

Latéralisation

Noriodocholestérol :

Précurseur de l'aldostérone

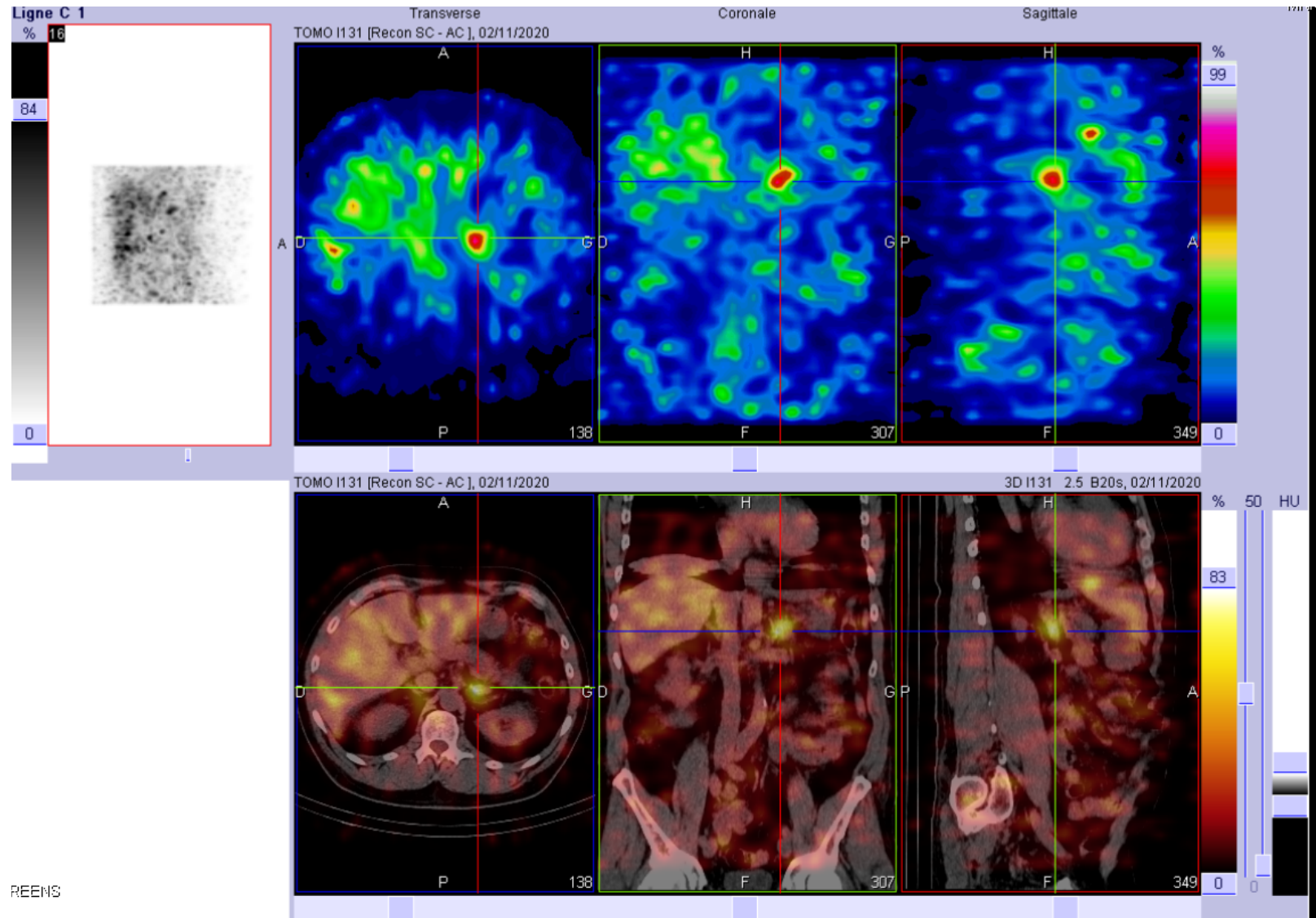
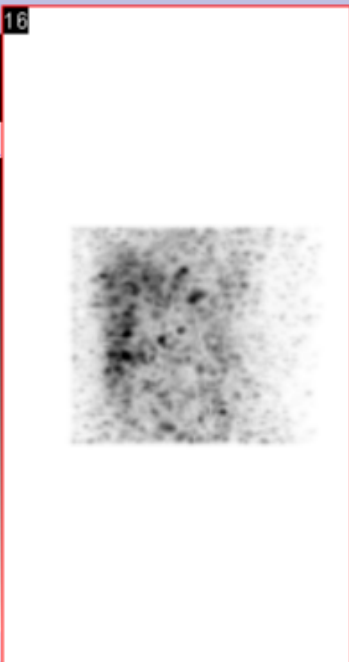


Image C 1

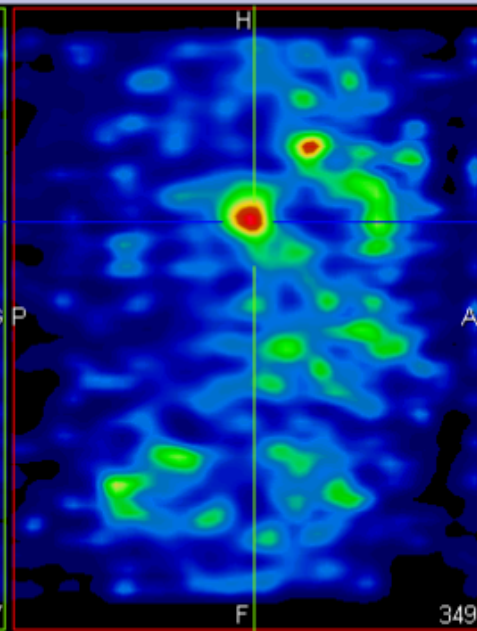
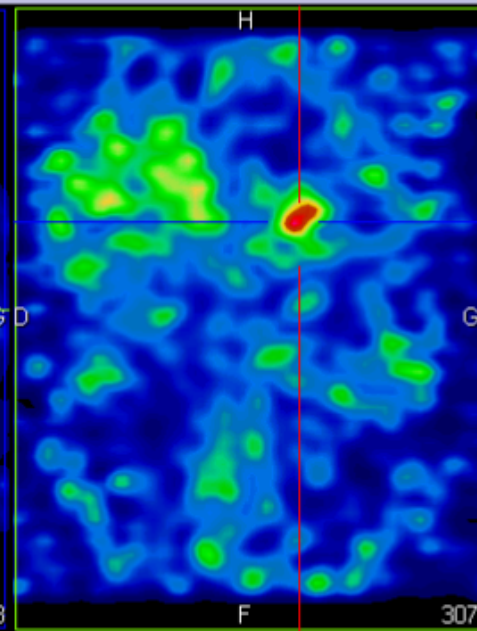
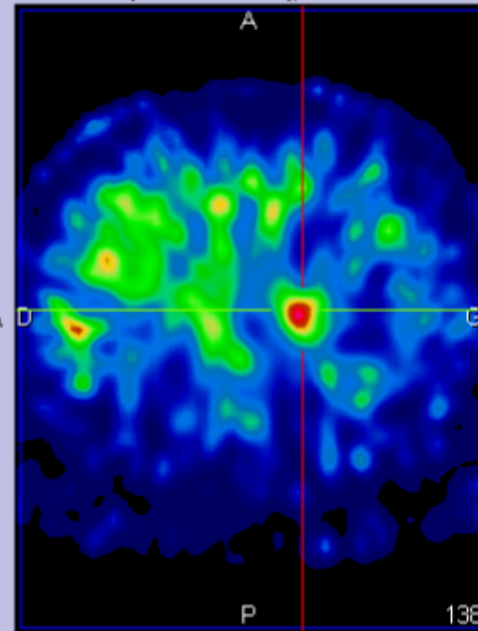
% 16

84

0



TOMO I131 [Recon SC - AC], 02/11/2020



%

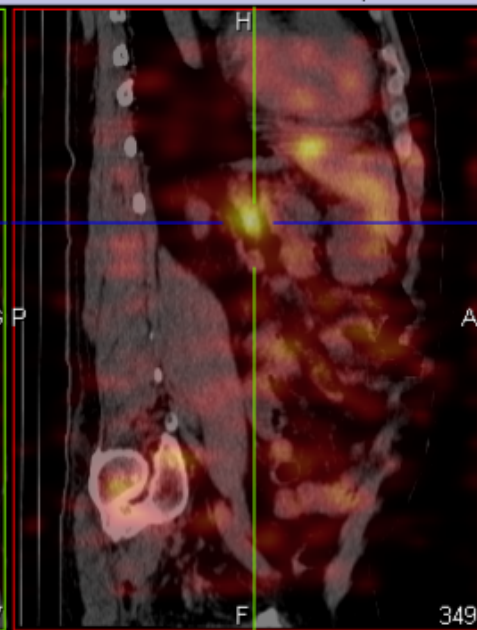
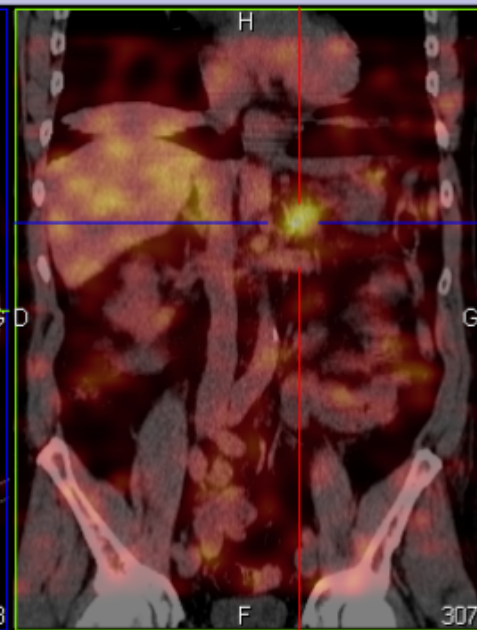
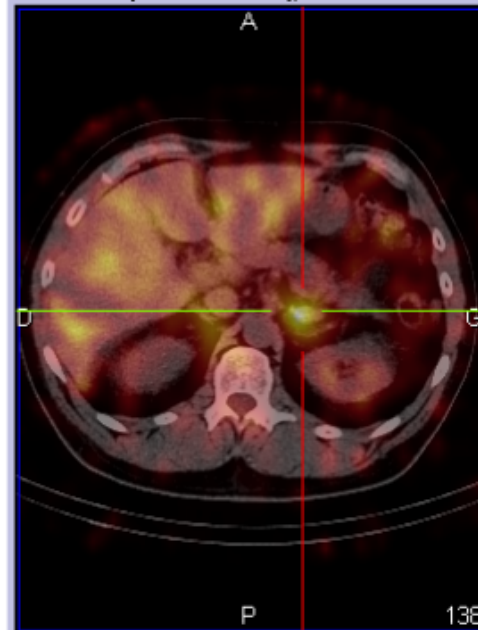
99

A

0

TOMO I131 [Recon SC - AC], 02/11/2020

3D I131 2.5 B20s, 02/11/2020



%

50

HU

83

A

0

0



# VERS LA CHIRURGIE....

Surrénalectomie gauche par coelioscopie robot assisté en février 2021...

# CONCLUSION

Jeune patient suivi pour HTA résistante à une trithérapie

Suivi pour un hyperaldostéronisme primaire sur hyperplasie de la surrénale gauche avec latéralisation au cathétérisme en 2012 sans nodule au scanner, de ressort médical

Apparition d'un nodule au scanner avec latéralisation observé à la scintigraphie au norcholestérol permettant l'accès à la chirurgie

