

Traitement médical ou chirurgical de l'hyperaldostéronisme primaire ?



P. ROSSIGNOL, P.F. PLOUIN
Unité d'Hypertension Artérielle,
Hôpital Européen Georges Pompidou, PARIS.

Les objectifs du traitement des hyperaldostéronismes primaires (HAP) sont la normokaliémie et la normotension. Le dépistage systématique d'un HAP au cours d'une HTA normokaliémique facilement contrôlée par un traitement simple a donc peu d'utilité.

L'exploration biologique et d'imagerie (tomodensitométrie abdominale sans et avec injection de produit de contraste, à la recherche d'un adénome ou d'une hyperplasie des surrénales) n'est utile, qu'en cas d'HTA hypokaliémique ou résistante. Elle doit alors permettre de trancher entre les deux voies thérapeutiques possibles: la chirurgie ou le traitement médicamenteux (fig. 1).

Traitement chirurgical

La surrénalectomie unilatérale par voie laparoscopique est le traitement radical de l'adénome de Conn, et celui de l'hyperplasie primitive associée à une sécrétion unilatérale au cathétérisme des veines surrénales. Afin de prévenir un trouble du rythme en cours d'anesthésie, l'hypokaliémie éventuelle doit être corrigée avant l'intervention par du chlorure de potassium, de la spironolactone ou de l'amiloride. Si l'indication est bien posée, l'intervention supprime l'HAP, l'hypokaliémie, mais pas toujours l'HTA. Celle-ci est guérie chez 30 à 60 % des patients opérés [1], mais il peut persister une HTA essentielle.

Il n'y a pas d'index pronostique certain de succès opératoire, mais l'échec tensionnel de la surrénalectomie est largement

lié à la présence d'antécédents familiaux d'HTA, à l'âge et à l'ancienneté de l'HTA. Un sujet de moins de 40 ans ayant une HTA récente, hypokaliémique et sévère est un bon candidat à l'intervention. Après 55 ans, il est prudent de n'envisager la chirurgie qu'en cas d'HTA résistante au traitement, après avoir vérifié la latéralisation de la sécrétion d'aldostérone par un cathétérisme des veines surrénales, et après avoir informé le patient du risque d'échec tensionnel.

A tout âge, il faut tenir compte de la préférence du patient et lui indiquer qu'il n'y a pas d'indication tumorale à la chirurgie d'un adénome de Conn car il s'agit d'une pathologie bénigne. L'information serait bien entendu différente dans les cas très rares d'HAP avec

sécrétion de plusieurs stéroïdes et une grosse masse hétérogène au scanner, qui constituent une indication chirurgicale formelle devant un probable corticosurrénalome.

Traitement médicamenteux

En préparation opératoire ou à titre de traitement définitif de l'hyperplasie idiopathique et des formes vieilles d'HAP, le traitement médicamenteux a pour objectif de contrôler la pression artérielle et la kaliémie.

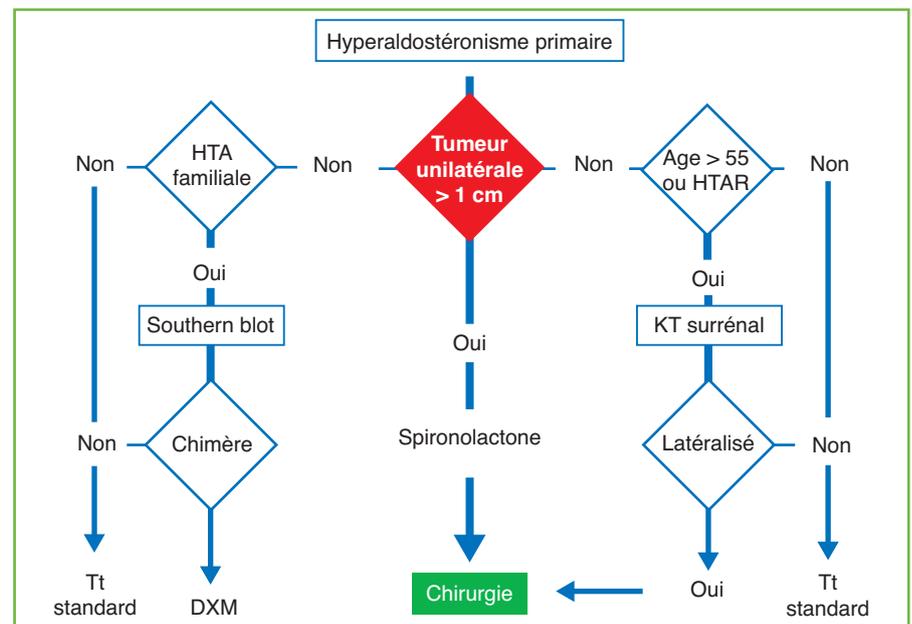


Fig. 1 : Diagnostic étiologique et de curabilité d'un hyperaldostéronisme primaire. HTAR : hypertension artérielle résistante ; KT surrénal : cathétérisme des veines surrénales ; DXM : dexaméthasone ; TT : traitement.

A court terme, ces objectifs peuvent être atteints par la prescription de spironolactone à la dose de 1 à 2 mg/kg/j. A long terme, cet antagoniste minéralocorticoïde peu spécifique inhibe les récepteurs aux androgènes et à la progestérone et entraîne des effets secondaires (gynécomastie, impuissance, mastodynie, dysménorrhée) dont la fréquence et l'intensité sont dose-dépendantes.

L'éplérénone est un nouvel antagoniste minéralocorticoïde dont l'affinité est très faible pour le récepteur androgénique et de la progestérone, dont l'indication actuelle est le traitement de l'in-

suffisance cardiaque. Il n'y a pas d'essai publié comparant l'efficacité de l'éplérénone et de la spironolactone dans l'HAP, mais on peut prédire que les doses nécessaires seraient de l'ordre de 2 mg/kg en monothérapie, donc très supérieures aux doses prévues par l'autorisation de mise sur le marché. Si ces antagonistes sont inefficaces ou mal tolérés en monothérapie, il faut dissocier l'objectif kaliémique et l'objectif tensionnel. Le premier est atteint par de faibles doses d'antagonistes minéralocorticoïdes ou d'amiloride; le second par une combinaison des antihypertenseurs usuels.

Dans l'exceptionnel hyperaldostéronisme sensible à la dexaméthasone (dont le diagnostic repose sur un test génétique), le traitement repose en principe sur la dexaméthasone à faible dose pour freiner la sécrétion d'ACTH et la production d'aldostérone. Cette prescription est souvent suffisante chez l'enfant, mais une polythérapie non spécifique est généralement nécessaire chez l'adulte. ■

Bibliographie

1. PLOUIN PF *et al.* Trends in the prevalence of primary aldosteronism, aldosterone-producing adenomas, and surgically correctable aldosterone-dependent hypertension. *Nephrol Dial Transplant*, 2004; 19: 774.