

CAS CLINIQUE N°2**Etape 1****CORRIGE**

Monsieur M. Daniel, année de naissance 1948.

Motif de la consultation :

Douleurs musculaires nocturnes au niveau des jambes, fatigue.

Antécédents :**- Personnel :**

- Accident de la voie publique a priori sans séquelles;
- Hypertension artérielle diagnostiquée depuis 5 ans. Son traitement a d'abord consisté en TENORMINE (atenolol) 50 mg par jour. Puis le traitement a été abandonné en raison d'une impuissance. La TENORMINE a été remplacé par **l'ALDACTAZINE (Altizide-spirolactone)** un comprimé par jour, traitement bien toléré et poursuivi à l'heure actuelle.

- Habitus :

- Tabac : ne fume pas
- alcool : une verre au repas du soir
- Fonctionnaire.

- Familiaux : sans particularités***Histoire de la maladie :***

Le patient a déjà consulté d'autres médecins pour le même motif. Les crampes des mollets existent depuis environ 10 ans mais se sont aggravées depuis quelques mois. Par ailleurs le patient se sent fatigué, éprouve des difficultés de concentration. Il demande un arrêt de travail.

Examen clinique :

Poids : 78 kgs, taille : 1,75 m ;

PA au repos après 10 min 170/110 mmHg bras droit ; 172/110 bras gauche ;

Fréquence cardiaque : 78 / min, auscultation sans particularité

Réflexes ostéo-tendineux vifs et symétriques

Pouls périphériques perçus sans souffle audible

ECG normal

Le patient a apporté les résultats d'examen biologiques demandés récemment :

- Natrémie : 145 mmol/l
- Kaliémie : 3,2 mmol/l
- Chlore : 106 mmol/l
- créat : 90 µmol/l
- glycémie à jeun : 7 mmol/l = 1,26 g/l
- RA : 28 mmol/l
- Bandelettes urinaires ; protéinurie = 0 ; hématurie = 0

1 . Soulignez les éléments d'orientation particuliers de cette observation (5 min).

2. A quel tableau plus général rattachez-vous cette HTA ?

Il s'agit d'une HTA avec hypokaliémie.

- Devant cette hypokaliémie il faut reprendre l'interrogatoire à la recherche d'une prise médicamenteuse (type laxatif).
- Vérifier la perte rénale en potassium : mesure de la kaliurèse des 24h. Nécessite de recueillir les urines de 24 heures. La kaliurèse/24 h est supérieure à 30 mmol/. Une valeur inférieure doit faire évoquer une perte digestive en potassium (diarrhées, vomissements) ;
- L'ALDACTAZINE est une association d'un diurétique hypo et hyperkaliémiant. La résultante sur la kaliémie devrait être neutre. Cependant il faut vérifier la réalité de l'hypokaliémie en arrêtant ce diurétique que l'on peut remplacer par un inhibiteur calcique, cette classe d'antihypertenseur ne modifiant ni la kaliémie ni les dosages hormonaux.
- Il est nécessaire de maintenir un régime normosodé pour vérifier la kaliémie.
- L'abaissement de la kaliémie peut justifier une supplémentation potassique et ce d'autant qu'existe des signes ECG d'hypokaliémie (allongement de QT, onde U) qui ne sont pas signalés dans cette observation.
- Demander un nouveau ionogramme 2 à 3 semaines après l'arrêt de l'ALDACTAZINE.
- Vérifier la glycémie qui est pathologique. Savoir qu'une importante glycosurie avec polyurie peut entraîner une fuite urinaire de potassium.
- Les crampes des membres inférieurs ne peuvent être expliquées par une artériopathie oblitérante : tous les pouls sont perçus.
- L'arrêt de travail n'est pas impératif.

Quelle est votre attitude ?

- Substituer ALDACTAZINE par un médicament n'ayant pas d'effet sur le SRA, par ex. amlodipine 5mg par jour ; apports en chlorure de potassium 3 g/j. par jour ;
- Programmer un nouveau ionogramme ;
- Programmer un ionogramme sur les urines de 24h (facultatif) ;
- Revoir le patient dans une semaine avec les résultats de son ionogramme.

2 . Quelle sera votre conduite à tenir ; énumérer les explorations à programmer pour aboutir au diagnostic.

Devant une hypokaliémie confirmée, les diagnostics à évoquer sont les suivants :

Hyperaldostéronisme primaire avec syndrome de Conn

Hyperaldostéronisme secondaire par atrophie rénale (ATCD d'accident de la voie publique), ou sténose artérielle rénale.

Il faut prévoir une hospitalisation courte ou de jour pour dosages hormonaux, comprenant le dosage, en régime normosodé, de la rénine plasmatique couchée et debout, le dosage de l'aldostéronurie et de l'aldostéronémie couchée et debout. Attention aux interférences médicamenteuses sur les dosages de la rénine et de l'aldostérone. Augmentent la rénine : les diurétiques, les IEC et les sartans ;

diminuent la rénine : les bêta-bloquants ; sont neutres inhibiteurs calciques et alpha-bloquants (**voir arbre décisionnel**).

Les résultats des explorations biologiques orientent vers un hyperaldostéronisme primaire (Conn) ou secondaire et guident la réalisation des explorations morphologiques :

- si suspicion d'hyperaldostéronisme primaire : scanner surrénalien, IRM ; voire scintigraphie au noriodocholesterol
- si suspicion d'hyperaldostéronisme secondaire : échographie doppler des artères rénales, angio-IRM ou angiographie artérielle rénale

Epilogue

Chez ce patient les dosages hormonaux ont montré une rénine plasmatique basse et une aldostéronurie élevée (>20µg/24h). Le scanner surrénalien a authentifié une masse d' 1,5cm de la surrénale droite [image](#). Dans un premier temps, un traitement par spironolactone (ALDACTONE) 75 mg / j a permis la normalisation de la kaliémie. Le patient s'est plaint d'une gynécomastie douloureuse. Une surrénalectomie par coeliochirurgie a été réalisée.

Les causes d'HTA par ordre décroissant de fréquence (adaptation OMS)

1 - Produits ou médicaments pouvant favoriser ou aggraver l'HTA ou déséquilibrer une HTA traitée Alcool Œstrogènes de synthèse en particulier les contraceptifs oraux Sympathomimétiques (vasoconstricteurs nasaux) Réglisse (dont le pastis sans alcool) Anti-inflammatoires non stéroïdiens Corticostéroïdes Ciclosporine Érythropoïétine Cocaïne
2 - Maladies rénales parenchymateuses
3 - Sténose artérielle rénale
4 - Maladies endocriniennes Hyperaldostéronisme primaire Hypo et hyperthyroïdie Syndrome de Cushing Péochromocytome Acromégalie
5 - Coarctation de l'aorte
6 - Formes monogéniques rares d'HTA Syndrome d'excès apparent de minéralocorticoïde Syndrome de Liddle Hyperaldostéronisme sensible aux glucocorticoïdes Syndrome de Gordon

Arbre décisionnel devant une HTA avec hypokaliémie

