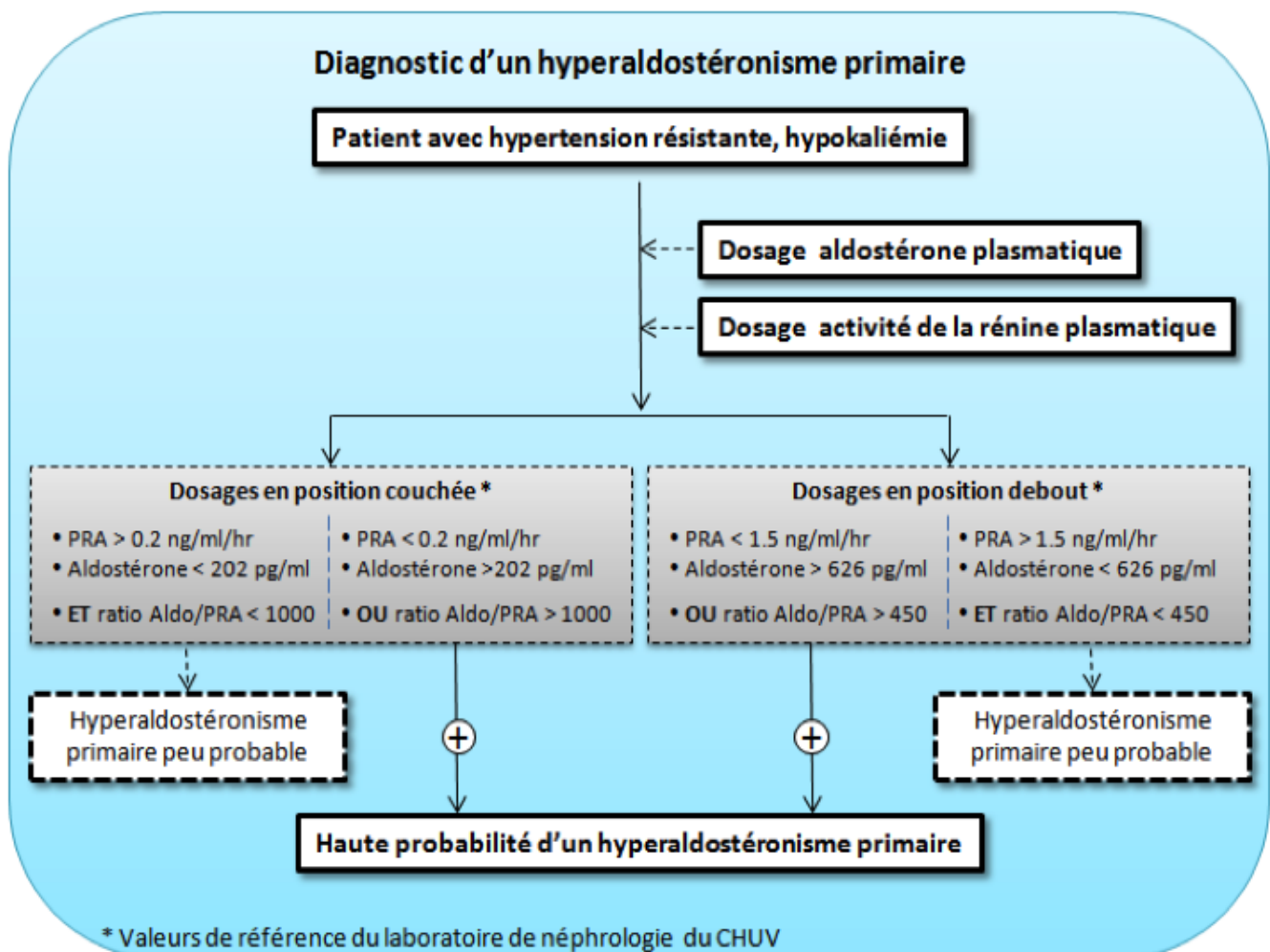


HYPERALDOSTÉRONISME PRIMAIRE

Composante à part entière du système rénine-angiotensine, l'aldostérone est une hormone produite par les glandes surrénales. Sa sécrétion est principalement stimulée par l'action de l'angiotensine II, ou par une élévation de la kaliémie (des événements liés à une diminution de la volémie de quelque étiologie que ce soit). Son rôle est de permettre la réabsorption de sodium au niveau du tubule rénal distal et de sécréter le potassium dans l'urine afin de maintenir la volémie et la tension artérielle dans les limites physiologiques.

En cas de sécrétion inappropriée d'aldostérone on parle alors d'hyperaldostéronisme primaire ou syndrome de Conn. Celui-ci est caractérisé par une hypertension associée ou non avec une hypokaliémie. Dans 70% des cas l'hyperaldostéronisme primaire est causé par une hyperplasie surrénalienne bilatérale ou parfois unilatérale, et le reste 30% par un adénome. Un hyperaldostéronisme primaire concerne près de 10% des patients hypertendus, et dans 20% des hypertension résistants aux traitements, un hyperaldostéronisme primaire en est responsable (1). Le diagnostic de l'hyperaldostéronisme primaire passe par le dosage de l'aldostérone plasmatique et de l'activité de la rénine plasmatique et le calcul du rapport aldostérone/rénine.

En présence d'un taux d'aldostérone élevé et d'un rapport élevé aldostérone/rénine, il faut suspecter un hyperaldostéronisme primaire. Ce diagnostic peut aussi être complété par la mesure de l'aldostéronurie de 24h.



(1) Chatton-Chambaz I, Pechère-Bertschi A. Hyperaldostéronisme primaire, Rev Med Suisse 2011;7:1736-42.