



LA CHIRURGIE D'UN ADÉNOME DE CONN DANS UN MILIEU PEU ÉQUIPÉ: L'IMAGERIE SEULE A PU DÉTERMINER LA SURRÉNALE EN CAUSE.

SOSSA Jean¹, FANOU Lionelle¹, RAIMI Ganiou¹, AVAKOUDJO Déjinnin Josué Georges².

1: Service d'Urologie, Hôpital d'Instruction des Armées Centre Hospitalier Universitaire (HIA-CHU), Cotonou.

2: Clinique Universitaire d'Urologie-Andrologie, Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoucou Maga (CNHU-HKM), Cotonou.

Auteur correspondant: SOSSA Jean, Service d'Urologie, Hôpital d'Instruction des Armées - CHU Cotonou, Rue Caporal ANNANI, Camp Guezo, 01 BP: 517 Cotonou, République du Bénin, West Africa. E-mail: feminawa@yahoo.com. Téléphone: +229 95792319.

RESUME

Un homme âgé de 43 ans présentait un adénome de Conn révélé par une hypokaliémie. Cette hypokaliémie dont la compensation demandait au patient une prise orale journalière de 3600 mg de potassium était vieille de 6 ans. Elle s'était greffée sur une hypertension artérielle apparue 5 ans plus tôt. La surrénalectomie gauche basée sur la présence d'une masse à la tomographie, a en 4 semaines, fait disparaître les troubles kaliémiques et tensionnels du patient. Il ressort qu'en absence de moyens de prélèvement de sang veineux surrénalien, la tomographie peut déterminer efficacement la surrénale hyperfonctionnelle dans le cadre d'un hyperaldostéronisme primaire.

ABSTRACT

A hypokalemia revealed a Conn's adenoma in a 43 years old male. That hypokalemia which correction claimed an oral uptake of 3600mg of potassium had been existing for 6 years. It was grafted on a old high blood pressure disease. The latter was diagnosed 5 years earlier. The left open adrenalectomy commanded by the discovery of a left adrenal nodule on computed tomography ended the blood pressure and the potassium level disorders in 4 weeks. It appeared that when the adrenal vein sampling procedure was unavailable, the computed tomography could efficiently diagnose the aldosterone-hyper-secreting adrenal.

INTRODUCTION

L'hyperaldostéronisme primaire est la cause la plus fréquente d'hypertension artérielle secondaire [1]. Le prélèvement de sang veineux surrénalien est le meilleur moyen de détermination de la surrénale en cause [2,3]. Mais ce type de prélèvement de sang veineux n'est pas accessible partout. Nous rapportons un cas d'adénome de Conn traité avec succès par chirurgie ouverte sur la base de la présence d'une masse surrénalienne gauche à la tomographie.

PRESENTATION DU CAS

Un homme âgé de 43 ans présentait une hypertension artérielle (HTA) depuis une dizaine d'années. 5 ans après la découverte de l'HTA, s'installa une hypokaliémie qui devenait de plus en plus profonde. La kaliémie nadir était 1.90mEq/L. Il devait avaler quotidiennement du potassium sous forme de Kaleorid® 600mg, passant rapidement de 600 mg à 1200 mg de potassium, puis 1800mg, et puis 3600 mg par jour. Au cours de la troisième année après l'installation de l'hypokaliémie, le contrôle de l'HTA avait échappé à un antihypertenseur puis à l'association de deux anti-hypertenseurs. Le patient prenait désormais par jour trois antihypertenseurs associés, l'amlodipine 10 mg, l'irbésartan 150mg et l'hydrochlorothiazide 12.5mg. Il avait signalé des tremblements de mains l'ayant empêché de conduire sa voiture. Il avait aussi signalé avoir arrêté de lui-même depuis 4

mois l'irbésartan et l'hydrochlorothiazide en raison d'une épigastralgie. Son aldostéronémie couchée pendant une heure s'élevait à 2815 pmol/L (normale = 83-405 pmol/L), sa rénine s'élevait à 3.2 mUI/L (normale = 2.8-39.9), le rapport de l'aldostérone à la rénine était 879.7, soit près de 14 fois le rapport normal (<64). Une tomographie avait mis en évidence un nodule surrénalien gauche dont le grand diamètre mesurait 28 millimètres. Le bilan pré-surrénalectomie était alors prescrit. Et Pour soulager l'épigastralgie dont il se plaignait à l'admission (effet du potassium per os) et garantir la poursuite de la prise quotidienne du Kaleorid® jusqu'à l'intervention, il lui était prescrit du pantoprazole.

Il avait bénéficié d'une surrénalectomie gauche ouverte par voie sous-costale gauche. La tension artérielle post-opératoire avait fluctué entre 11/8 et 16/10 mm de mercure. Le 11e jour, elle faisait 14/7 mm de mercure. Pendant les 5 premiers jours postopératoires, sa kaliémie fluctuait entre 2.1 et 3.1 mEq/L. Elle passait à 3.7mEq/L le 7e jour post-opératoire. Le patient passait alors d'une prise orale journalière de 1200mg à 600mg de potassium. Dès le 10e jour postopératoire, le patient avait cessé de prendre le Kaleorid®: la kaliémie était de 5.6mEq/L. Au bout d'un mois le patient ne prenait plus ni du Kaleorid® ni un anti-hypertenseur. Un météorisme abdominal s'était installé

du 2^e au 9^e jours post-opératoires, sans douleur, sans défense et sans arrêt des gaz. Un contrôle tomodensitométrique fait par précaution, avait permis d'écartier une cause d'abdomen aigu. Ce météorisme avait spontanément régressé à partir du onzième jour post-opératoire. Parallèlement, une infection de la plaie opératoire s'était développé mais avait disparu sous l'effet de la vancomycine. Neuf semaines après la surrénalectomie, la kaliémie était 4,7 mEq/L et la tension artérielle était 13/8 mm de mercure.



Figure 1: Le nodule surrénalien gauche à la tomodensitométrie



Figure 2: La pièce de surrénalectomie gauche

DISCUSSION

Le traitement de l'adénome de Conn est un challenge, même dans un milieu convenablement équipé. Un taux élevé d'aldostérone doublé d'un rapport de l'aldostérone à la rénine élevé permet d'affirmer l'hyperaldostéronisme primaire dans un contexte d'hypokaliémie et d'hypertension artérielle [4]. L'identification d'un nodule surrénalien à la tomodensitométrie ou à

l'imagerie par résonance magnétique peut permettre de désigner entre les deux surrénales, celle responsable de l'hypersécrétion d'aldostérone [5]. Certes, le prélèvement de sang veineux surrénalien reste le meilleur moyen de détermination de la surrénale en cause [2,3], mais il peut ne pas être nécessaire en cas de nodule surrénalien unilatéral, d'hypokaliémie importante et d'hypertension artérielle [5]. La chirurgie ouverte reste efficace en absence de laparoscopie.

CONCLUSION

Dans un environnement hospitalier à moyens limités, le dosage de l'aldostérone et de la rénine et la réalisation d'une tomodensitométrie abdominale peuvent permettre de traiter efficacement un adénome de Conn.

REFERENCES:

1. P. Milliez, X. Girerd, P. F. Plouin, J. Blacher, M. E. Safar, and J. J. Mourad, "Evidence for an increased rate of cardiovascular events in patients with primary aldosteronism," *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 45, no. 8, pp. 1243–1248, 2005.
2. Ladurner R, Sommerey S, Buechner S, Dietz A, Degenhart C, Hallfeldt K, Gallwas J. Accuracy of adrenal imaging and adrenal venous sampling in diagnosing unilateral primary aldosteronism. *Eur J Clin Invest*. 2017;47(5):372-377.
3. Kempers MJ, Lenders JW, van Outheden L, van der Wilt GJ, Schultze Kool LJ, Hermus AR, Deinum J. Systematic review: diagnostic procedures to differentiate unilateral from bilateral adrenal abnormality in primary aldosteronism. *Ann Intern Med*. 2009;151(5):329-37.
4. Gurgenci T, Geraghty S, Wolley M, Yang J. Screening for primary aldosteronism: How to adjust existing antihypertensive medications to avoid diagnostic errors. *Aust J Gen Pract*. 2020;49(3):127-131.
5. Sossa J, Avakoudjo DJG, Yevi DMI, Fanou L, Natchagande G, Agoukpe MM, Hodonou F, Hounto YF, Atadokpede F. The Management of Primary Hyperaldosteronism in a Poor Technology Environment. *Case Rep Urol*. 2021; 2021: 6672052.