

Cas cliniques

HTA secondaire



Jean-Philippe Baguet
Cardiologie Le Tampon - La Réunion



16^{ème} Cardiorun 18-20 septembre 2024 - Boucan Canot

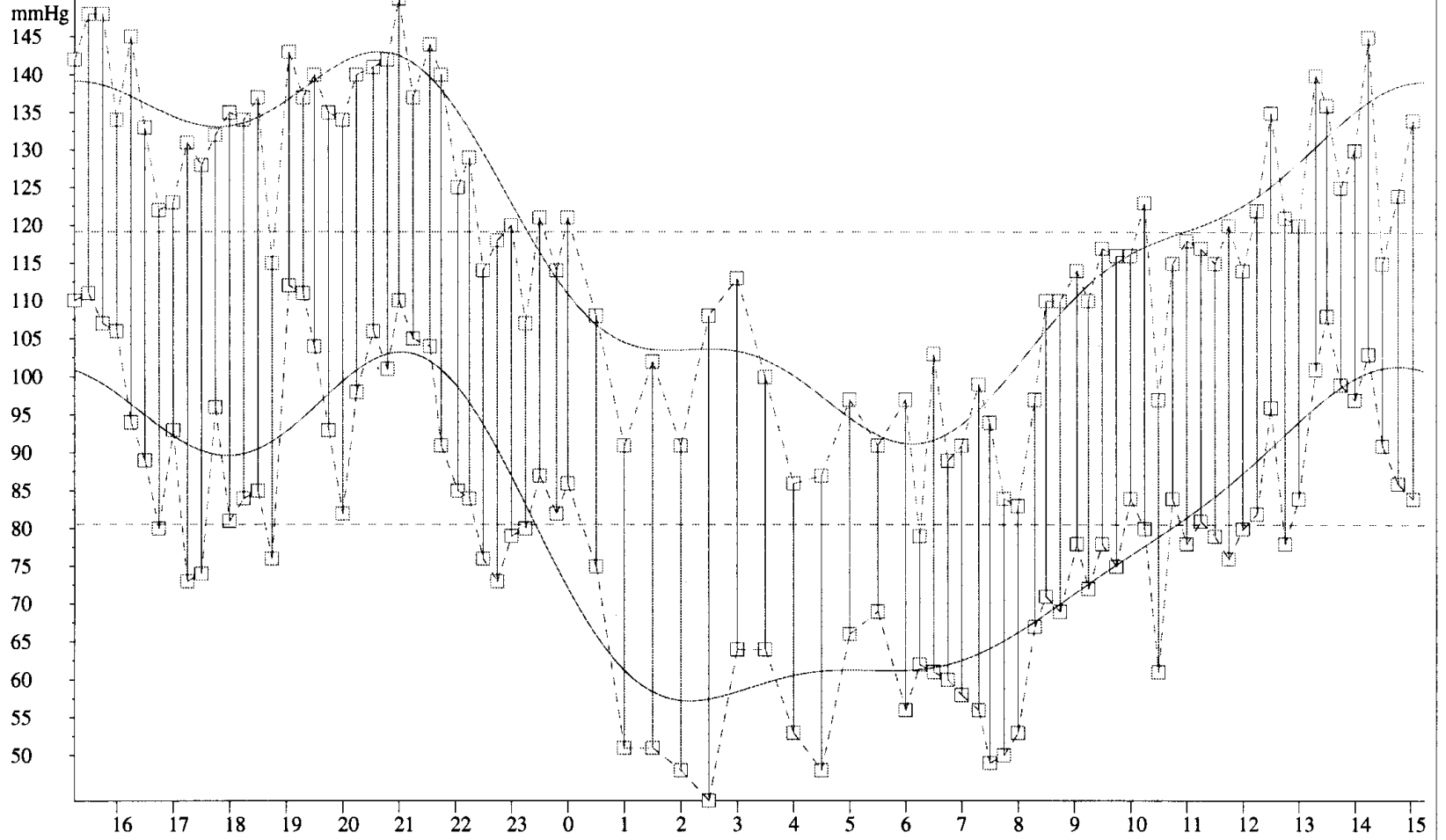
L'auteur déclare ne pas avoir de liens
d'intérêt en rapport avec sa
présentation.

- M. B..., né en 1989
- HTA connue depuis 5 ans
- Sous Irbesartan 150 et Amlodipine 5
- PA à 165/88 mmHg, FC à 84 bpm
- Biologie « standard » normale

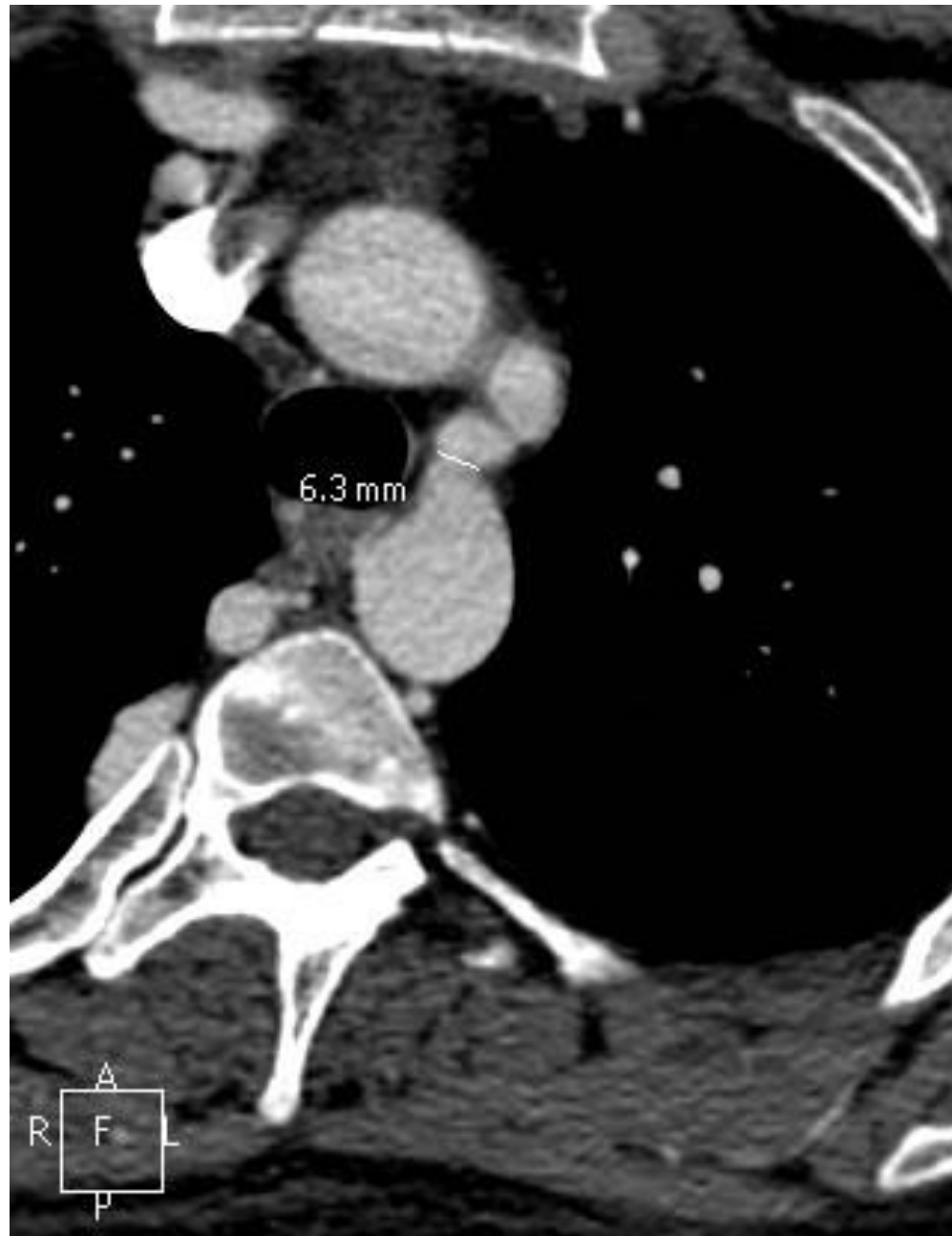
→ MAPA

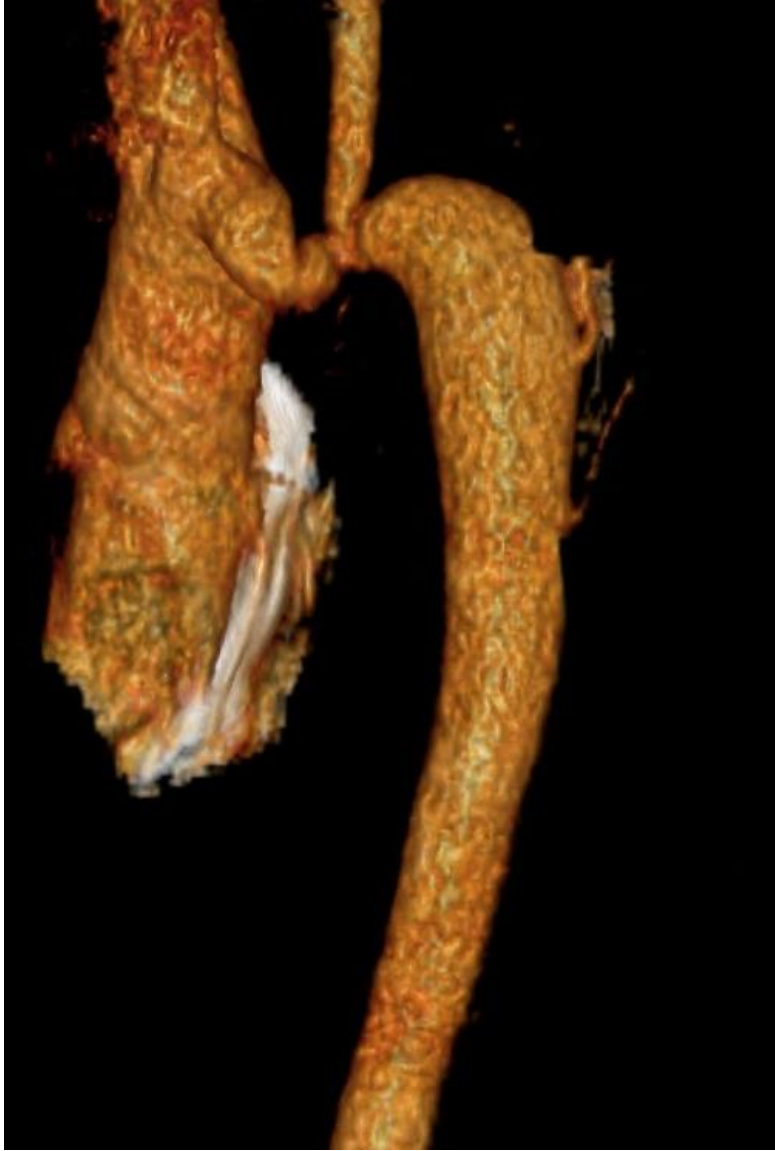
Chronogramme de pression artérielle

K = 4











- PA clinique
 - MSD = 167/92 mmHg!
 - MSG = 128/86 mm Hg (MAPA)
- Souffle systolique, intense, diffus, maximal en sus-sternal (EDC)

N'hésitons pas à examiner nos patients!

- Mme P..., née en 1953
- 1^{ère} Cs
 - HTA équilibrée jusqu'alors...
 - Céphalées +++, HTA 237/110 mmHg
 - Traitement médical : OK
 - Biologie « standard » sans anomalie
- 3 semaines plus tard
 - SCA ST+ inférieur
 - Coronarographie : coronaires « normales »

- 1 mois plus tard
 - Douleur lombaire gauche aiguë : CN ? PNA ?
- TDM rénale



- STAR gauche
- Atrophie rénale gauche

- Fonction rénale normale
- Hyperaldostéronisme secondaire

→ Artériographie rénale

2/8-2 F

Photo 2
<1>



2/13-2 F

Photo 3
<1>



- Thrombose reperfusée de l'ARG avec thrombi persistants

Qu'évoquer ?

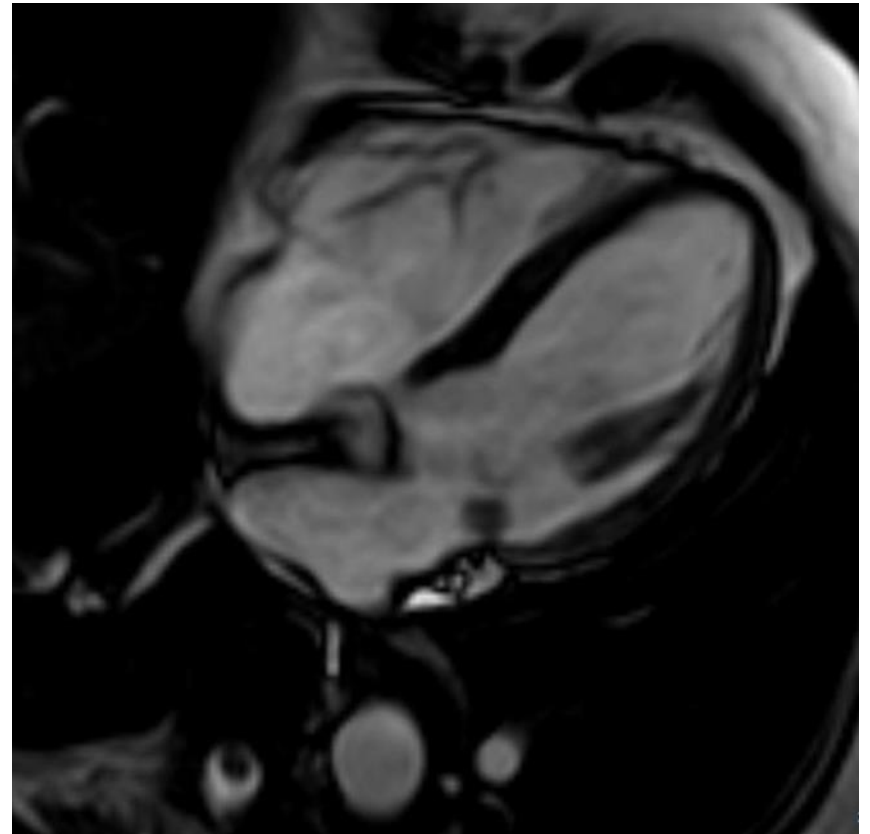
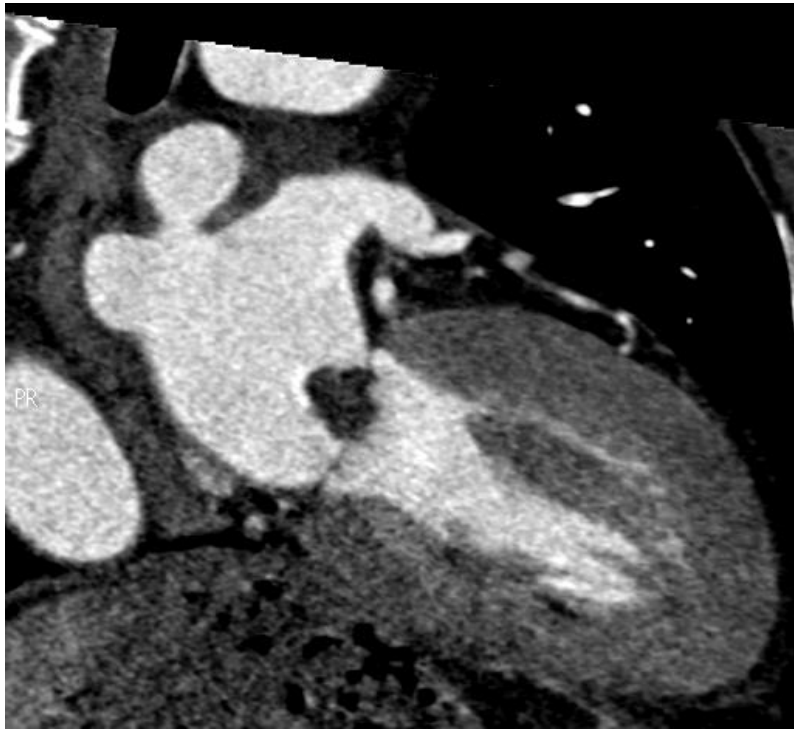
Que faire ?

- Origine embolique
- ETO : tumeur arrondie, mobile, de la face auriculaire de la PVM, pédiculée, de 13 mm de grand axe

Qu'évoquer ?

Que faire ?

- 2 épisodes emboliques rapprochés + tumeur cardiaque : indication de chirurgie d'exérèse tumorale en semi-urgence
- Myxome ? Fibroélastome ?
- TDM et IRM cardiaques pré opératoires



- Intervention :
 - Pas de possibilité de plastie
 - RVM mécanique

- Anapath :
 - Pas de fibroélastome ni de myxome
 - Rhabdomyome

HTA sévère et aiguë associée à une
douleur lombaire : penser à une
thrombose artérielle rénale aiguë
(d'origine embolique).

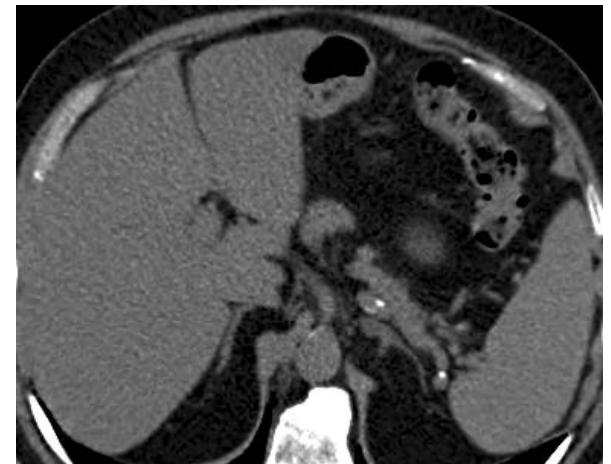
- M. B..., né en 1955
- HTA depuis 1990
- HTA résistante à Amlodipine 10, Ramipril 10, HCTZ 12,5 mg, Spironolactone 25 (gynécomastie) et Nébivolol 5
- DT2, surcharge pondérale
- MAPA : 164/96 sur les 24 heures
- Kaliémie à 2,9 mmol/l, sinon biologie normale
- Echo-doppler des AR normal

Qu'évoquer ? Que faire ?

- HAP ?
- Ca-B, alpha-B et central pour dosages hormonaux + 9 Diffu-K (K⁺ à 3,5 mmol/l)
- DMU normaux, pas d'hypercorticisme
- Aldo P C à 95 ng/l et D à 168 ng/l (U à 57 µg/24 H, N < 50), rénine à 2,2 ng/l C et D
- AngioTDM abdominale

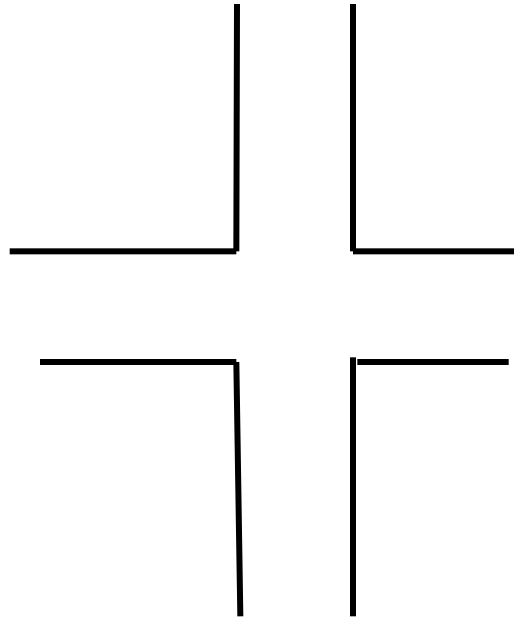


Que faire ?



Aldo : 99 ng/l

Adr  : 412 pmol/l



Aldo : 47.628 ng/l

Adr  : 99.001 pmol/l

Cathétérisme des veines surrénaliennes

Que faire ?

- Spironolactone 75 + Ca-B, central, alpha-B ... et 6 Diffu-K
- PA à 148/90 mais ...

- Arrêt de la Spironolactone car douleurs mammaires +++

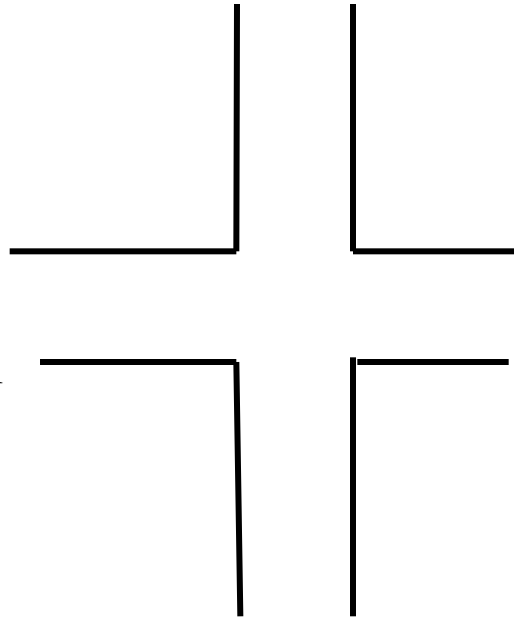
- Eplerenone 25 puis 50 puis 75 + ARA2, Ca-B, BB, alpha-B... et 3 Diffu-K
- PA à 168/92, K⁺ à 3,5 mmol/l
- SAOS (IAH = 22/h) : PPC

- Nouveau bilan sans traitement interférent
 - K^+ à 3,4 mmol/l
 - Aldo P C à 211 ng/l
 - Rénine active à 5,2 ng/l
 - Rapport Aldo/Rénine active couché à 41

Que faire ?

Aldo : 196 ng/l

Adr  : 435.900 pmol/l



Aldo : 11.931 ng/l

Adr  : 91.103 pmol/l

Nouveau cathétérisme des veines surrénaliennes

Aldo/Cortisol   gauche x 6,7 Aldo/Cortisol   droite

- Chirurgie
 - Surrénalectomie G
 - Adénome CS de 8 mm

- 3 mois plus tard
 - PA à 149/82 sous ARA2, Ca-B et BB
 - K⁺ à 3,8 mmol/l sans Diffu-K
 - Aldo P à 71 et 95 ng/l
 - Rénine active P à 9,3 et 10,5 ng/l

Savoir parfois être tenace quand on évoque la possibilité de mieux faire devant un HAP très probable ou certain.

Merci

