

Question : Aldostéronisme primaire ou hypertension artérielle chronique idiopathique ou prééclampsie?

Présentation :

1. Hypertension artérielle à partir de 17 semaines de grossesse
2. À 22 semaines : K plasmatique 4 mEq/L et ratio K/créatinine urinaire 76.4; Aldostérone **3628** pmol/L et rénine **19** pg/ml; RPC 0.039 (N<0.03g/mmol)
3. Échographie surrénalienne normale

Prise en charge : Nifédipine XL mal tolérée et remplacée par méthyldopa. Spironolactone 25mg bid débutée à 24 sem et cessée 5 jours plus tard en raison des anomalies au Doppler utéroplacentaire.

Évolution

1. Apparition d'un RCIU vasculaire à 24 semaines
2. Augmentation drastique de la protéinurie en 2 semaines : RPC 1.67 (N<0.03g/mmol)
3. Césarienne pour indication fœtale à 26 semaines
4. 2 sem PP: aldostérone 914 pmol/L (N< 890 pmol/L); rénine 8 pg/ml (N : 5-38 pg/ml) : ceci **n'est pas compatible** avec un aldostéronisme primaire.

Commentaires

Ce cas illustre combien il est difficile de faire un diagnostic d'**aldostéronisme primaire** (AP) en grossesse, en raison des modifications du système rénine-angiotensine-aldostérone. Les facteurs en faveur d'une AP sont la présentation précoce de l'hypertension et de la RCIU, l'aldostérone élevée (même pour une grossesse), et une rénine nettement plus basse que celle attendue pour une grossesse.

Très tôt en grossesse, les sécrétions d'aldostérone, rénine, angiotensine augmentent mais le rapport aldostérone/rénine (RAR) est diminué. En présence d'AP, la rénine peut ne plus être inhibée et l'hypokaliémie peut s'améliorer par l'effet anti-minéralocorticoïde de la progestérone. D'après Malha et August¹, une mesure de l'activité de la rénine entre 1 et 4 ng/ml/h (ce qui équivaudrait à 8-48 pg/ml^a) est suggestive d'AP. Il n'y a aucun seuil d'aldostérone, de rénine ou du RAR validé en grossesse. Par contre, en présence de **prééclampsie**, l'activation du système rénine-angiotensine-aldostérone est diminuée. Certains auteurs ont noté une diminution des concentrations de ces hormones avec un RAR augmenté en présence de prééclampsie sévère. Les valeurs d'aldostérone, de rénine ou du RAR ne peuvent pas prédire la prééclampsie ni permettre de différencier la prééclampsie de l'hypertension chronique idiopathique.

En présence d'AP l'évolution de la grossesse est variable : elle peut être normale ou se compliquer de MIU, RCIU et de prééclampsie précoce. Il n'y a pas assez de données pour savoir si le traitement dirigé vers l'AP change le décours de la grossesse. Le traitement doit être axé sur le traitement de l'hypertension, avec des suppléments de potassium au besoin. La spironolactone peut être utilisée mais uniquement si le fœtus est de sexe féminin car elle peut causer de la féminisation. L'expérience en grossesse avec l'éplérenone est limitée à 3 cas publiés. L'exérèse d'un adénome surrénalien en

début de grossesse a déjà été rapportée. Au point de vue imagerie, l'échographie abdominale et la résonance magnétique sans gadolinium peuvent être employés.

Voici des valeurs d'aldostérone et de rénine² pour la grossesse normale. Elles sont présentées pour montrer la différence entre l'état non-grossesse et la gestation. Évidemment, ces valeurs peuvent être différentes de celles de votre laboratoire.

	Non grossesse	1 ^{er} trimestre	2 ^{ème} trimestre	3 ^{ème} trimestre
Aldostérone (pmol/L)	56-250	166-2885	250-2885	416-2801
Activité de la rénine plasmatique (ng/ml/h) ^a	0.3-9	?	7.5-54	5.9-58.8

^a : selon uptodate il faut multiplier x 8 ou 12 pour avoir des ng/L ou pg/ml

Articles à conseiller sur la pathologie

1. Malha L, August P. Secondary hypertension in pregnancy. *Curr Hypertens Rep* 2015;17:53-60.
2. Abbassi-Ghanavati M et coll. Pregnancy and laboratory studies. *Obstet Gynecol* 2009;114:1326-31.
3. Funder JW et coll. The management of primary aldosteronism: case detection, diagnosis, and treatment: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2016;101:1889-1916.