



Hyperaldostéronisme primaire et complications cardiovasculaires à long terme : Comparaison du traitement médical VS chirurgical

S. Benameur¹, J. Bertolino¹, P. Houtin¹, F. Silhol¹, F. Sebag², F. Castinetti³, B. Vaisse¹, G. Sarlon-Bartoli¹

1. Médecine vasculaire, Hôpital de la Timone, Marseille; 2. Chirurgie endocrinienne, Hôpital de la Conception, Marseille; 3. Service d'Endocrinologie, Hôpital de la Conception, Marseille

L'Hyperaldostéronisme Primaire (HAP) entraîne un sur-risque cardiovasculaire par rapport aux patients avec une HTA primaire. Les études concernant le bénéfice sur le plan cardiovasculaire d'un traitement chirurgical par rapport à un traitement médical sont peu nombreuses.

Objectif : Evaluer l'incidence des événements cardiovasculaires (ECV) à long terme chez des patients atteints HAP en comparant le traitement médical et chirurgical.

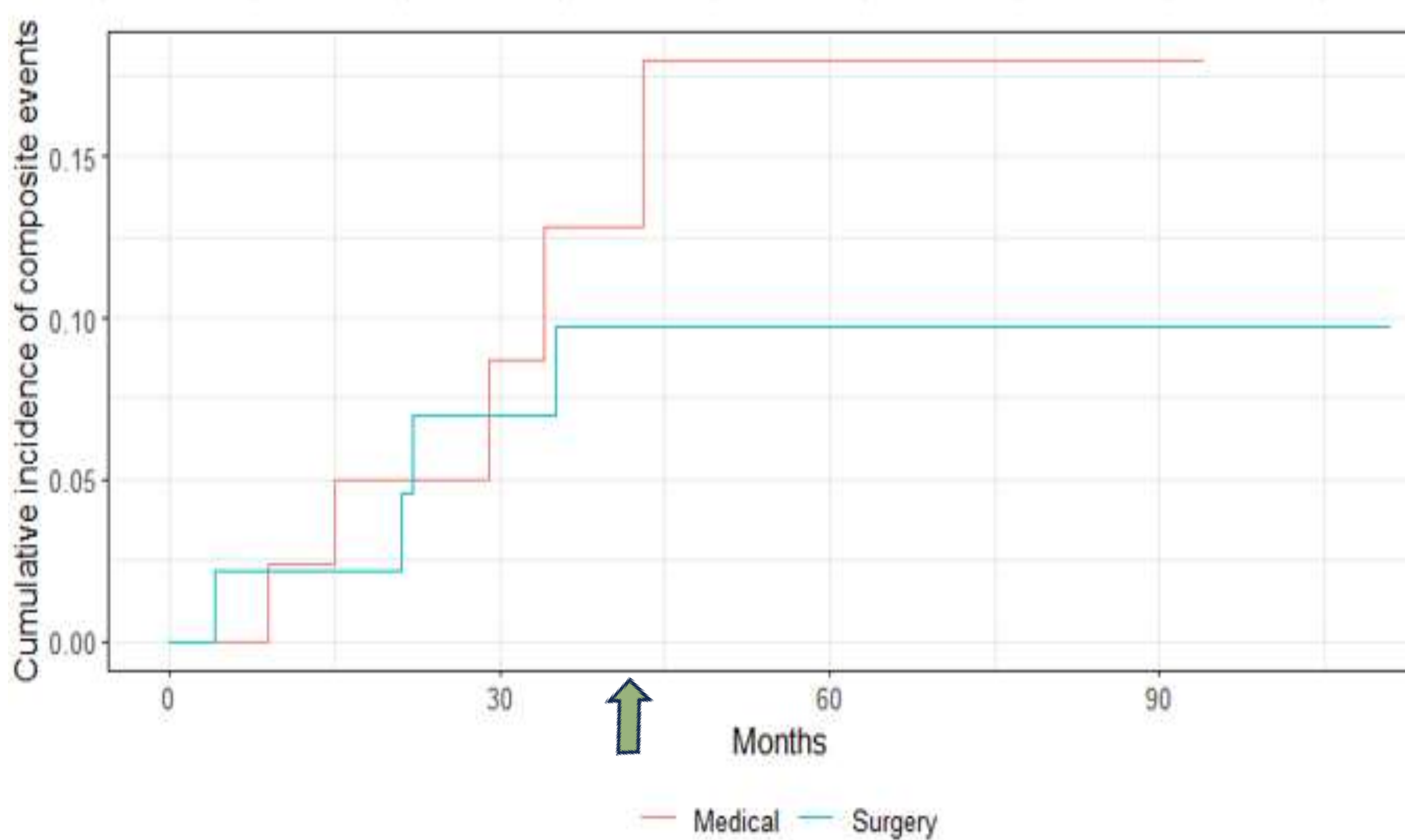
Méthode : Etude descriptive rétrospective multicentrique à Marseille (services de chirurgie endocrinienne et de médecine vasculaire). Inclusion de 2014 à 2022 des patients avec un HAP prouvé sur le plan biologique et soumis à un traitement chirurgical ou médical.

RESULTATS

106 patients inclus -> **55 patients dans le groupe chirurgical** et **51 dans le groupe médical** (35 Hyperplasie Bilatérale / 16 Adénome de Conn).

Population similaire entre les 2 groupes concernant l'âge (53 ans en moyenne), le nombre de femmes (54% et 50%), le niveau tensionnel ($p=0.18$), et le nombre de médicaments ($p=0.33$). On notait une **kaliémie plus basse dans le groupe chirurgical** ($p=0.02$) ainsi que **plus d'antécédents de coronaropathie** ($p=0.05$). Il n'y avait pas de différence concernant les autres facteurs de risques cardiovasculaires.

Caractéristique de la population		Traitement Médical N = 51	Traitement Chirurgical N = 55	p-value
Données démographiques	Sexe	Masculin 23 (46%) Féminin 28 (54%)	27 (49,09%) 28 (50,91%)	0,75
	Age	53,0 ± 11.4	53,73 ± 11.5	0,77
	IMC	28,92 ± 5.5	27,75 ± 4.7	0,24
Antécédents familiaux HTA	Aucun	12 (24,49%)	20 (43,48%)	0,07
	1er degré	32 (65,31%)	23 (50%)	
	2eme degré	2 (4,08%)	3 (6,52%)	
	Précoce < 40 ans	3 (6,12%)	0 (0%)	
Antécédents familiaux CV	Aucun	28 (60,87%)	25 (53,19%)	0,58
	1er degré	13 (28,26%)	18 (38,30%)	
	2eme degré	4 (8,70%)	4 (8,51%)	
	Précoce < 40 ans	1 (2,17%)	0 (0%)	
Biologie initiale	Kaliémie	3,57 ± 0.5	3,36 ± 0.4	0,02
	Créatininémie	80,82 ± 27	78,05 ± 26.8	0,60
	LDLc	1,04 ± 0.27	1,16 ± 0.42	0,10
ATCD	Cardiopathie	Absence 43 (91,49%) Coronaropathie 2 (4,26%) Cardiopathie dilatée 2 (4,26%)	39 (83%) 8 (17%) 0 (0%)	0,05



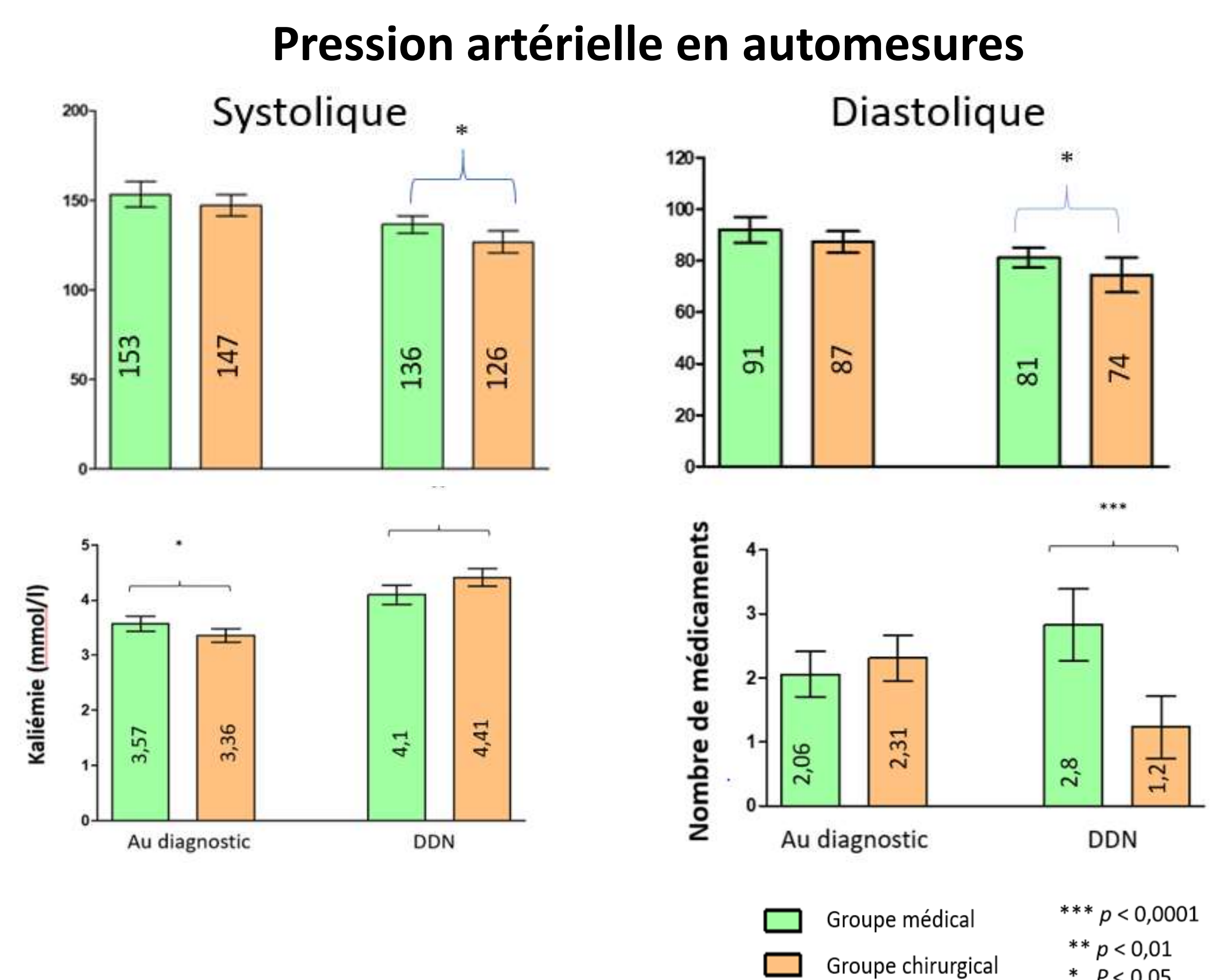
Pas de différence significative concernant les événements cardiovasculaires (ECV) MAIS moins d'EVC dans le groupe chirurgical dans une population plus sévère (plus antécédents de coronaropathie)

Suivi moyen de 54 mois : 5 ECV dans le groupe médical et 3 dans le groupe chirurgical ($p=0.46$)

A la fin du suivi, la **pression artérielle en automesures** était **significativement plus basse dans le groupe chirurgical** par rapport groupe médical (126/74 contre 137/81 mmHg $p=0.02$)

→ avec **moins de médicaments antihypertenseurs** (1,2 contre 2.83 $p=0,00005$)

→ on notait aussi une **meilleure kaliémie** dans le groupe chirurgical (4,41mmol/l contre 4.1mmol/l $p=0.01$)



CONCLUSION

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant la survenue des événements cardiovasculaires entre les 2 groupes. Néanmoins, il existe une tendance à la supériorité du traitement chirurgical, puisqu'on notait moins d'EVC dans une population plus sévère initialement avec également un gain sur le plan tensionnel et sur le plan de la kaliémie, tout en réduisant le nombre de médicaments nécessaires.