

# Dépistage de l'aldostéronisme primaire en soins primaires

Lisa Dubrofsky MDCM, Gregory L. Hundemer MD MPH

■ Citation : *CMAJ* 2023 March 20;195:E410. doi : 10.1503/cmaj.221466-f

Voir la version anglaise de l'article ici : [www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.221466](http://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.221466)

## 1 L'aldostéronisme primaire (AP) est courant chez les patients hypokaliémiques et hypertendus

La plupart des patients atteints d'AP sont normokaliémiques. Cela dit, l'hypokaliémie (spontanée ou provoquée par un diurétique) chez un patient hypertendu devrait inciter à dépister l'AP. En effet, environ 30 % des patients hypokaliémiques et hypertendus vus en soins primaires sont atteints d'AP<sup>1</sup>; pourtant, dans une étude en contexte canadien, moins de 5 % des patients hypertendus présentant une hypokaliémie récurrente avaient subi un dépistage<sup>2</sup>.

## 2 En l'absence de diagnostic et de traitement, l'AP est associé à un risque accru de maladie chronique

En soins primaires, au moins 4 %–6 % des patients hypertendus sont atteints d'AP<sup>1,3</sup>, une prévalence qui pourrait être plus élevée selon le seuil de dépistage utilisé<sup>4</sup>. En l'absence de diagnostic et d'une prise en charge médicamenteuse ciblée ou chirurgicale, les patients atteints d'AP présentent un risque disproportionnellement accru de maladies cardiométaboliques, comparativement à des témoins appariés atteints d'hypertension essentielle<sup>4</sup>. Un diagnostic précoce et un traitement ciblé sont nécessaires à la prévention des effets nuisibles de l'hyperaldostéronisme<sup>3</sup>.

## 3 Les experts s'entendent pour recommander le dépistage de l'AP dans les populations à risque élevé

Les patients atteints d'hypertension grave ou résistante au traitement ainsi que les patients hypertendus ayant d'autres facteurs de risque particuliers (hypokaliémie, nodule surrénalien ou antécédents familiaux d'AP) devraient être soumis à un dépistage de l'AP par détermination du rapport aldostérone/rénine<sup>4,5</sup>.

## 4 La plupart des médicaments antihypertenseurs peuvent être maintenus pendant les analyses diagnostiques de l'AP

Il est parfois impossible de cesser la prise de médicaments antihypertenseurs durant le processus de dépistage de l'AP. Exception faite des antagonistes des récepteurs des minéralocorticoïdes (spironolactone, éplérénone) et de l'amiloride, l'administration de la plupart des médicaments antihypertenseurs peut en général être maintenue. La suppression de la rénine dans un contexte de prise d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou d'antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II est fortement évocatrice de l'AP<sup>4</sup>.

## 5 Un rapport aldostérone/rénine élevé est un signe d'AP

Dans les cas présumés d'AP, on recommande l'aiguillage vers un spécialiste de l'hypertension ou de l'endocrinologie pour des examens approfondis, notamment un bilan visant la détection d'une maladie unilatérale qui pourrait se guérir par intervention chirurgicale. Sinon, un traitement empirique par des antagonistes des récepteurs des minéralocorticoïdes est recommandé<sup>4</sup>.

## Références

1. Monticone S, Burrello J, Tizzani D, et al. Prevalence and clinical manifestations of primary aldosteronism encountered in primary care practice. *J Am Coll Cardiol* 2017;69:1811-20.
2. Hundemer GL, Imsirovic H, Vaidya A, et al. Screening rates for primary aldosteronism among individuals with hypertension plus hypokalemia: a population-based retrospective cohort study. *Hypertension* 2022;79:178-86.
3. Xu Z, Yang J, Hu J, et al.; Chongqing Primary Aldosteronism Study (CONPASS) Group. Primary aldosteronism in patients in China with recently detected hypertension. *J Am Coll Cardiol* 2020;75:1913-22.
4. Vaidya A, Hundemer GL, Nanba K, et al. Primary aldosteronism: state-of-the-art review. *Am J Hypertens* 2022;35:967-88.
5. Funder JW, Carey RM, Mantero F, et al. The management of primary aldosteronism: case detection, diagnosis, and treatment: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2016;101:1889-916.

**Intérêts concurrents :** Gregory Hundemer a reçu des subventions des Instituts de recherche en santé du Canada et de la Fondation canadienne du rein. Il est le tout premier titulaire de la Chaire de recherche sur les maladies du rein Lorna Jocelyn Wood de L'Hôpital d'Ottawa. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

**Affiliations :** Division de néphrologie (Dubrofsky), Département de médecine, Women's College Hospital, Faculté de médecine, Université de Toronto, Toronto, Ont.; Division de néphrologie (Hundemer), Département de médecine et Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa (Hundemer), Université d'Ottawa, Ottawa, Ont.

**Propriété intellectuelle du contenu :** Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

**Correspondance :** Lisa Dubrofsky, [Lisa.dubrofsky@wchospital.ca](mailto:Lisa.dubrofsky@wchospital.ca)

Le *JAMC* vous invite à soumettre vos textes pour la rubrique « Cinq choses à savoir ... » en ligne à <http://mc.manuscriptcentral.com/cmaj>.