

## Adénome de Conn révélé par une hypokaliémie découverte au cours d'une grossesse : à propos d'un cas

*Jihad Drissi, Mounia Zyadi, Jaouad Kouach, Driss Rahali Moussaoui, and Mohammed Dehayni*

Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V, Rabat, Maroc

Copyright © 2015 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

**ABSTRACT:** Conn adenoma is the first cause of secondary hypertension of endocrine origin. His discovery during pregnancy is a rare situation. The objective of this work is to review the diagnostic features and management of this disease during pregnancy.

**Observation:** We report the case of a primigravida 24 years hospitalized in the second trimester to tetraparesis related to a secondary hypokalemia Conn adenoma. Adrenalectomy were expected in the second quarter, but the occurrence of thrombophlebitis of the left leg had repporter gesture until postpartum. The patient was hospitalized several times for blood pressure control but showed during his last hospitalization 35SA SFA having imposed a fetal extraction by high way.

**Discussion and Conclusion:** The Conn adenoma discovered during pregnancy has certain diagnostic and therapeutic features that need to know for proper care.

**KEYWORDS:** pregnancy, hypokaliémie, myopathie, adenoma conn, adrenalectomy.

**RÉSUMÉ:** *Introduction :* l'adénome de Conn est la première cause d'HTA secondaire d'origine endocrinienne. Sa découverte pendant la grossesse est une situation rare. L'objectif de ce travail est de mettre le point sur les particularités diagnostiques et prise en charge de cette pathologie durant la grossesse.

*Observation :* nous rapportons le cas d'une primigeste de 24 ans hospitalisée au deuxième trimestre de sa grossesse pour tétraparésie en rapport avec une hypokaliémie secondaire à un adénome de Conn. La surrénalectomie étaient prévue au deuxième trimestre mais la survenue d'une thrombophlébite du membre inférieur gauche avait fait repporter le geste jusqu'en post-partum. La patiente a été hospitalisée à plusieurs reprises pour équilibre tensionnel mais a présenté au cours de sa dernière hospitalisation à 35SA une SFA ayant imposée l'extraction foetale par voie haute.

*Discussion et conclusion:* L'adénome de Conn découvert pendant la grossesse a certaines particularités diagnostics et thérapeutique qu'il convient de connaitre pour une prise en charge adéquate.

**MOTS-CLEFS:** grossesse, hypokaliémie, myopathie, adénome de Conn, surrénalectomie.

### INTRODUCTION

L'hyperaldostéronisme primaire (HAP), cause classique d'HTA secondaire, correspond à la production excessive d'aldostérone par la zone glomérulée de la surrénale ou par un adénome de Con [1]. Il s'exprime par une HTA, une hypokaliémie dans 30 à 40% des cas. Le rapport aldostérone/rénine plasmatiques élevés est le principal marqueur de dépistage.

L'HAP peut avoir des effets vasculaires indépendants de l'HTA qui pourraient être source de prééclampsie, hypoperfusion foetale et RCIU. Cependant peu de donnés existent sur le retentissement de l'HAP sur la grossesse et de l'état gravidique sur la maladie [1-2].

**OBSERVATION**

Nous rapportons le cas d'une primigeste de 24ans qui à la 18<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée s'est présenté pour myopathie en rapport avec une hypokaliémie profonde isolée sans HTA ( $K^+=2.2\text{meq/l}$ ) pour laquelle elle a bénéficiée d'une supplémentation potasssique par voie veineuse centrale jusqu'au rétablissement de la kaliémie puis relayée par voie orale, équilibrée sous DiffuK 6gel/J. L'ionogramme urinaire a montré une kaliurèse inadaptée. L'EMG n'a pas montré d'atteinte neurogène, le bilan thyroïdien et cortisolémie étaient sans anomalies, l'aldostéronémie était élevée avec un rapport aldostérone/rénine plasmatique augmenté posant le diagnostic d'un HAP.

|                    | Debout | Couché |
|--------------------|--------|--------|
| Aldostérone (UI/L) | 4 838  | 4 275  |
| Rénine (UI/L)      | 1.5    | 1.4    |

L'IRM surrénalienne a objectivé un adénome surrénalien gauche de 15mm portant l'indication d'une surrénalectomie laparoscopique au deuxième trimestre de grossesse.



**Fig. 1. Adénome surrénalien gauche.**

Sur le plan obstétrical la patiente a présenté une menace d'avortement tardive avec à l'échographie un décollement trophoblastique de 7mm ayant bien évolué sous tocolyse par voie orale. La surrénalectomie étaient prévue au deuxième trimestre mais la survenue d'une thrombophlébite du membre inférieur gauche avait fait reposter le geste jusqu'en post-partum. La patiente a été hospitalisée à plusieurs reprises pour équilibre tensionnel mais a présenté au cours de sa dernière hospitalisation à 35SA une SFA ayant imposée l'extraction fœtale par voie haute.

**DISCUSSION**

L'adénome de Con est un adénome corticosurrénalien qui produit de façon excessive l'aldostérone. L'action de l'aldostérone s'exerce sur les cellules principales du tube collecteur cortical, en se fixant sur des récepteurs intra-cellulaires, pour favoriser la réabsorption du  $Na^+$  en échange du  $K^+$  régulant ainsi la volémie et la TA [3-4].

L'hyperaldostéronisme va donc s'exprimer par une HTA mal contrôlée par les antihypertenseurs habituels, contrôlée par les antialdostérones (spironolactone), une hypokaliémie avec une kaliurèse inadaptée. L'hypokaliémie peut s'exprimer par des crampes, rhabdomyolyse, paralysie musculaire, paralysie des muscles lisses : iléus, rétention d'urine.

Le diagnostic de l'HAP se fait par le dosage de l'aldostéronémie et le rapport aldostérone/rénine plasmatiques retrouvés élevés. Le dosage doit se faire en respectant des conditions rigoureuses :

- Prélèvement à 8-10h.
- l'interprétation doit tenir compte des conditions de prélèvement : debout (1h de marche), ou couché (1h de position allongée).
- Régime normosodé : natriurèse : 100-200mmol/24h.
- Normokaliémie : minimum 3mmol/l.

- Pas de prise de médicaments pouvant interférer avec le SRAA : après 6 semaines d'arrêt de diurétiques épargneurs potassiques, et deux semaines d'arrêt de diurétiques thiasidiques ou de l'anse, d'IEC ou d'ARAI, ou de bêta-bloquants.
- Le dosage doit être couplé au dosage de l'aldostéronurie de 24h et de l'excrétion urinaire de créatinine urinaire [3-4].

Une fois le diagnostic d'HAP posé le scanner avec ou sans injection de PDC permet de distinguer hyperplasie surrénalienne d'un adénome de Conn : image tissulaire hypodense habituellement unilatérale et faisant moins de 20mm, arrondie bien limitée de contours réguliers. L'IRM est moins performante que le scanner pour le diagnostic de l'adénome de Conn qui apparaît en iso ou hyposignal T1 et en hypersignal T2. En cas de doute, le dosage d'aldostérone dans les veines surrénaliennes par cathétérisme sélectif à la recherche d'un gradient de concentration s'impose.

Le traitement médical repose sur l'administration d'un antagoniste de l'aldostérone : Spironolactone qui permet la correction des troubles. Indiqué en cas d'hyperplasie surrénalienne ou en pré-opératoire en attendant l'équilibre tensionnel et hydroélectrolytique.

La surrénalectomie permet la guérison dans la majorité des cas, elle évite la prise médicamenteuse à vie.

La difficulté en cas de grossesse réside à 3 niveaux :

- Au niveau diagnostique : la grossesse s'accompagne d'une augmentation de l'activité de SRAA. Le scanner étant un examen irradiant l'IRM sans injection de gadolinium est préférable.
- Au niveau thérapeutique : l'usage de spironolactone s'accompagne d'un risque de pseudohermaphrodisme si fœtus de sexe masculin. Le traitement chirurgical par surrénalectomie laparoscopique au deuxième trimestre est donc mieux adapté.
- En cas d'hypokaliémie profonde paralysante mal contrôlée, lors de l'accouchement les efforts de poussées sont à imiter, élargissant l'indication de l'analgésie péridurale et les extractions instrumentales [5].

### CONCLUSION

La découverte d'un adénome de Conn au cours d'une grossesse est une situation rare. Ses particularités diagnostiques et thérapeutiques sont importantes à connaître pour permettre une prise en charge adaptée.

### REFERENCES

- [1] A. Akalay. Hyperaldostéronisme primaire et grossesse: un cas de rupture aortique. *Annales d'Endocrinologie* 73 (2012) 336-353.
- [2] C. Lucesco, F. Moreau, D. Mutter, L. Kessler, M. Penget, N. Jeandidier.
- [3] Hyperaldostéronisme primaire révélé par une hypokaliémie majeure chez un homme sans HTA sévère. *Congrès de la SFE-Strasbourg*. Vol 66. N 5. 2005.
- [4] D. Herpin. Exploration du système rénine-aldostérone chez l'hypertendu. *AMC pratique*. N 171. 2008. Elsevier Masson.
- [5] T. Nursal, K. Caliscan, E. Ertorer, A. Parlakgumus, G. Moray. Laparoscopic treatment of primary hyperaldosteronism in a pregnant patient. *Can J Surg*. Oct 2009; 52(5): E188-E190.
- [6] O. Parant, S. Grandjean, R. Castagno, L. Letourneur, R. Desprats, V. Larrue. Paralysie périodique hypokaliémique : prise en charge péri-natale, à propos d'un cas. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 36 (2007) 607-610.