**Monsieur U**, né en 1944 a été hospitalisé pour bilan d’une hypertension artérielle résistante.

Il n’a pas d’antécédent majeur et ses facteurs de risques cardiovasculaires sont un tabagisme, une hyper-cholestérolémie, un surpoids et son âge.

Il est hypertendu de longue date et malgré une trithérapie comprenant Altéisduo et Nebivolol, il conserve une pression artérielle moyenne enregistrée en MAPA sur 24 heures à 160 mmHg en systole et 96 en diastole. Il est donc convoqué pour faire le point sur cette hypertension artérielle.

L’examen clinique à l’arrivée dans le service est sans particularité, notamment pas de signe d’insuffisance cardiaque. Il n’y a pas de souffle sur les trajets vasculaires.

L’électrocardiogramme retrouve un rythme régulier sinusal à QRS fins à 95/minute, sans trouble majeur de la repolarisation.

Le bilan réalisé dans le service a donc compris :

* *une échographie cardiaque* : ventricule gauche de taille et de cinétique normales (DTDVG 50 mm, septum 11-12 mm) ; la FEVG est à 65 % ; le remplissage ventriculaire gauche est de type trouble de la relaxation avec des pressions gauches basses. Il n’y a pas de valvulopathie micro-aortique. L’oreillette gauche est mesurée à 20 cm². Les cavités droites sont normales, sans HTAP. Le péricarde est sec ;
* *un doppler des troncs supra-aortiques* : athérome très modéré sans sténose hémodynamiquement significative ;
* *un doppler des artères rénales* : pas de sténose significative ;
* *un angio scanner abdomino-pelvien* : confirmation de l’absence de sténose des artères rénales. Les surrénales sont fines. Le reste de l’examen est normal ;
* *une épreuve d’effort simple* : supra-maximale jusqu’à 164/minute avec une charge maximale de 140 watts. On retrouve une hypertension artérielle systolo-diastolique au repos comme à l’effort (260/130 mmHg). Il n’y a pas de trouble du rythme ou de conduction et l’épreuve d’effort est négative pour la recherche d’ischémie ;
* *un enregistrement oxymétrique nocturne* : saturation moyenne à 95 % avec de rares épisodes de désaturation qui ne plaide pas en faveur d’un syndrome d’apnée du sommeil.
* *un bilan biologique* : kaliémie à 3.4 mmol/L, natrémie normale, créatinine à 83 µmol/l. Le bilan lipidique retrouve un LDL cholestérol à 1.45 g/L, HDL 0.41 g/L, triglycérides 2 g/L, cholestérol total

2.27 g/L. L’albumine est à 48 g/L. L’hémoglobine glyquée est à 6.1 %. La TSH est normale à 1.41 ;

* *un bilan hormonal* : qui est en faveur d’un hyper-aldostéronisme primaire avec un rapport aldostérone/rénine supérieur à 20. Le ionogramme sanguin va également dans ce sens avec hypokaliémie à 3.4 mmol/L. Le dosage de cortisol est normal.

## Au total, après discussion avec les endocrinologues, il s’agit d’un hyper-aldostéronisme primaire sur hyperplasie bilatérale des surrénales sans traduction radiologique.

**Il y a donc une indication à un traitement par INSPRA à débuter à 50 mg/j, que l’on va préférer à l’ALDACTONE pour éviter les effets secondaires de type gynécomastie, baisse de libido et troubles de l’érection.**