

Syndrome de Conn formes anatomocliniques et traitement

juin 2004 POITIERS
DESC de chirurgie viscérale

F. BEURRIER

Généralités

- Rappel physiologique:
 - Surrénales: 2 tuniques, cortex et médulla
 - Aldostérone: équilibre hydrosodé et potassique
 - Système rénine-angiotensine
- Définition: hyperaldostéronisme primaire

Diagnostic (1)

- Epidémiologie:
 - 2 femmes pour 1 homme
 - 3 noirs pour 1 blanc
 - 5ème décennie
- Clinique:
 - HTA
 - Asthénie, faiblesse musculaire, crampes...
 - Hypo K absent dans 20% des cas

Diagnostic (2)

- Affirmer l'hyperaldostéronisme
- Affirmer l'origine de l'hyperaldostéronisme

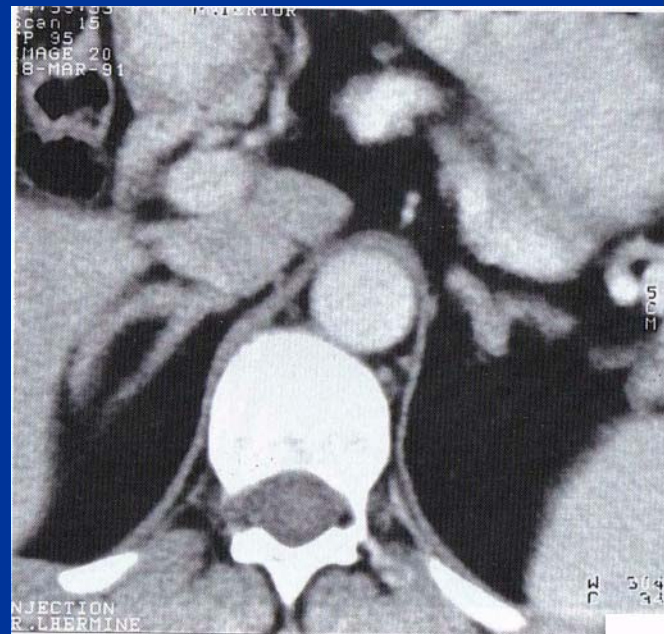
	aldostérone	rénine
Pseudohyperaldostéronisme	N ou ↓	↓
Hyperaldostéronisme primaire	↑	↓
Hyperaldostéronisme second.	↑	↑

Diagnostic (3)

- Entités anatomocliniques: [1]
 - Adénome (64%)
 - Hyperplasie bilat. (32%)
 - Tumeur maligne (<1%)
 - Hyperplasie unilat. (<2%)
- Objectif: identifier l'adénome

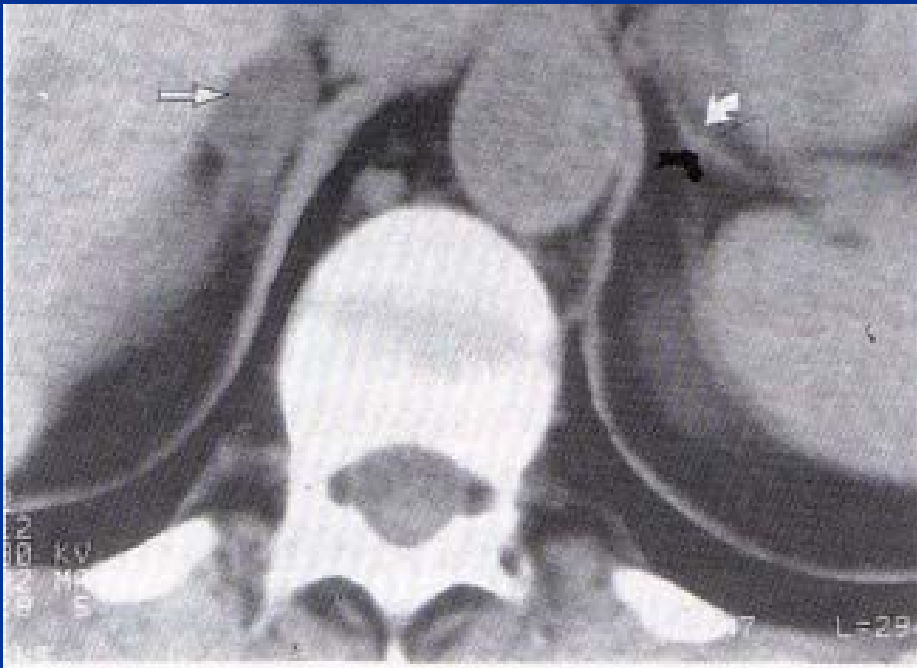
Diagnostic (4)

- Repérage lésionnel:
 - TDM ou IRM: hyperplasie bilatérale



Diagnostic (5)

- TDM ou IRM: adénome



Diagnostic (6)

- Repérage lésionnel:
 - Si échec, scintigraphie



- Si doute, KT étagé

Traitement (1)

- Hyperplasie bilatérale
 - Ttt médical: au long cours
 - surrénalectomie totale (séquelles)
- Adénome
 - Ttt chirurgical ou médical? [2]

Traitement (2)

- Préparation au ttt chirurgical:
 - Régime et ttt antiHTA
 - Bénéfices: prévient les complications de l' hypok
prévoit l'efficacité du ttt chir.
- La voie d'abord? [3-4-5]
 - Tendance actuelle: la coelio-chirurgie
 - Indication: bénignité et dimension

Traitement (3)

- **Surrénalectomie totale ou partielle?** [6-7]
 - Énucléation de l'adénome
 - Efficacité comparable
 - Complications comparables
- **Chirurgie ambulatoire?** [8]

Traitement (4)

- Efficacité et facteurs prédictifs:[1-9-10-11]

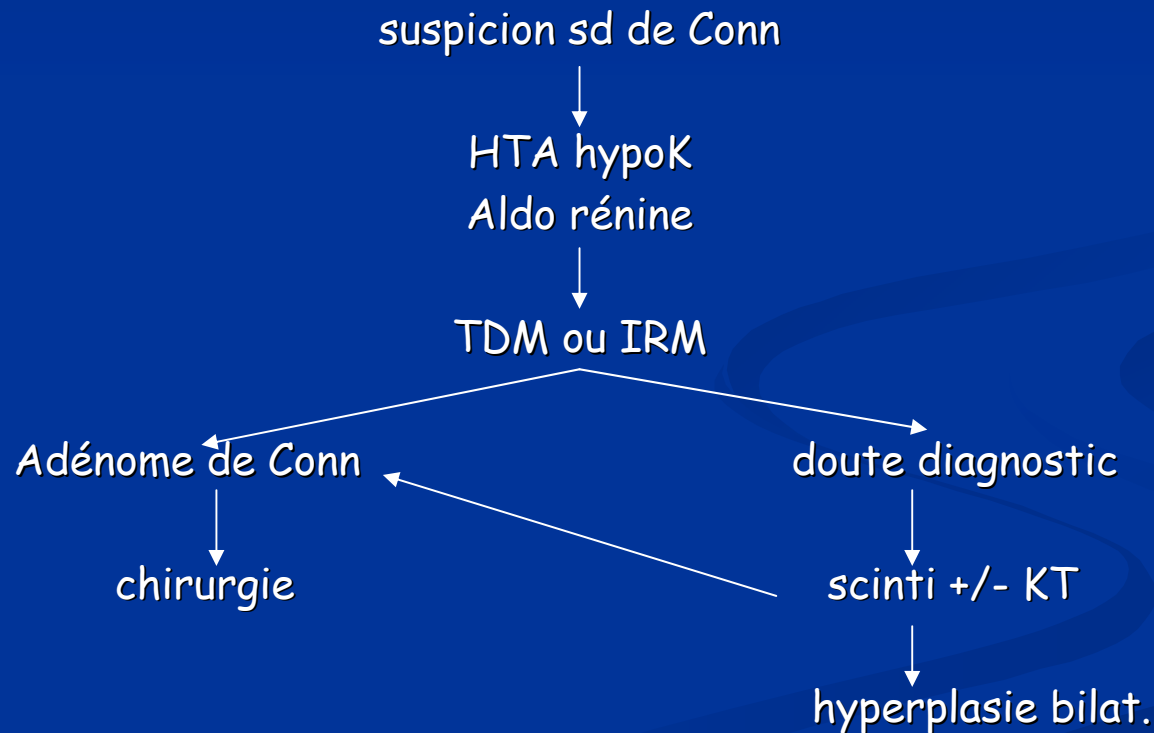
hypok: efficacité permanente

HTA: efficacité inconstante.

facteurs prédictifs: âge, réponse à la spironolactone, durée de l'HTA, importance de l'HTA post-op.

Conclusion (1)

■ Importance du diagnostic préopératoire



Conclusion (2)

- Traitement: exérèse chirurgicale par coelioscopie

Bibliographie

- [1] Review of surgical management of aldosterone secreting tumors of the adrenal cortex. D.A. HARRIS
EJSO 2003 jun; 29(5): 467-474
- [2] Long-term follow-up and cost benefit of adrenalectomy in patients with primary hyperaldosteronism. M. SYWAK
Br J Surg. 2002 dec; 89(12): 1587-93
- [3] Laparoscopic vs open adrenalectomy for the treatment of primary hyperaldosteronism. SHEN WT
arch surg. 1999 jun; 134(6): 628-31
- [4] Primary hyperaldosteronism in the era of laparoscopic adrenalectomy. ROSSI H
am surg. 2002 mar; 68(3): 253-6
- [5] Laparoscopic adrenalectomy is superior to an open approach to treat primary hyperaldosteronism. DUNCAN JL
am surg. 2000 oct; 66(10): 932-5
- [6] Laparoscopic partial adrenalectomy in patients with aldosterone-producing adenomas. K; JESCHKE
urology. 2003 jan; 61(1): 69-72
- [7] Laparoscopic adrenal-sparing surgery for primary hyperaldosteronism due to aldosterone-producing adenoma. K.Y.Y. KOK
surg. Endosc. 2002 jan; 16(1): 108-11
- [8] Outpatient laparoscopic adrenalectomy in patients with Conn's syndrome. B. EDWIN
surg endosc. 2001 jun; 15(6): 589-91
- [9] Adrenalectomy in primary aldosteronism: a long term follow-up study in 52 patients. GENNERO FAVIA
world j surg. 1992 jul-aug; 16(4): 680-3
- [10] Adrenalectomy in primary aldosteronism: a long term follow-up study in 29418-21 patients. JUKKA SIREN
world j surg. 1998 apr; 22(4): 418-21
- [11] Surgical treatment of primary hyperaldosteronism. RONALD J. WEIGEL
ann surg. 1994 apr; 219(4): 347-52