

Existe-t-il une hypertension artérielle associée ?

Il faut distinguer ici les cas d'HTA traitée et décompensée, et les cas d'HTA *de novo*.

Dans le premier cas, on s'assurera de l'observance des prises médicamenteuses. Il faut également rechercher une prise de toxiques. Des souffles vasculaires, par exemple carotidiens ou iliaques, orienteront vers une sténose artérielle rénale (terrain: diabète, tabac, dyslipidémie). Ici, les dosages de rénine et aldostérone peuvent être utiles.

En cas d'hyperaldostéronisme, le dosage de rénine permettra de distinguer un hyperaldostéronisme primaire (rénine basse; exemples: adénome de Conn, hyperplasie des surrénales), d'un hyperaldostéronisme secondaire (rénine élevée; exemple: sténose artérielle rénale). ►►

►► **Si les dosages de rénine et aldostérone sont bas, une prise de glycyrrhizine doit être recherchée (régliasse, pastis sans alcool, boissons à base de coco), qui conduit à un pseudo-hyperaldostéronisme.**

Notons ici que les dosages de rénine et aldostérone ne sont analysables que si le patient est non traité, ou s'il est traité par inhibiteurs calciques, anti-hypertenseurs centraux. Tous les autres anti-hypertenseurs interfèrent avec ces dosages. Les IEC et les ARA II (sartans) peuvent interférer plusieurs semaines après leur arrêt. En cas d'HTA associée à des signes d'hypercorticisme (vergetures, faciès, bosse de bison cervicale), un syndrome de Cushing pourra être évoqué.