



# IPERALDOSTERONISMO PRIMITIVO

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina

## **Codice di esenzione: RCG010**

### **Definizione**

L'iperaldosteronismo primitivo (IP) è una sindrome clinica dovuta ad una ipersecrezione primitiva di aldosterone da parte della corteccia surrenalica. Classicamente i livelli plasmatici di renina sono bassi e la secrezione di aldosterone risulta del tutto indipendente da una aumentata attività dei suoi fattori di stimolo in particolare il sistema renina angiotensina.

### **Epidemiologia**

Negli ultimi anni l'utilizzo di un semplice test di screening (misura del rapporto aldosterone/attività reninica plasmatica) ha dimostrato come la prevalenza di IP negli ipertesi, ritenuta bassa in passato, possa oscillare tra il 5 ed il 25 %. In Italia la sua prevalenza si è dimostrata essere pari al 11,2% tanto da far ritenere l'IP la più comune forma di ipertensione arteriosa secondaria.

### **Cause**

La gran parte dei casi di iperaldosteronismo primitivo sono dovuti ad adenoma aldosterone secernente o ad iperplasia surrenalica bilaterale (iperaldosteronismo idiopatico) o più raramente a carcinoma surrenalico o ad iperplasia surrenalica monolaterale. A queste forme sindromiche su base non ereditaria se ne contrappongono due, piuttosto rare, su base familiare, l'iperaldosteronismo familiare di tipo I e l'iperaldosteronismo familiare di tipo II.

### **Clinica**

La sintomatologia è costituita da ipertensione sistodiastolica, di grado medio e talora anche elevato. La maggior parte dei pazienti affetti sono normokaliemici e si presentano con caratteristiche cliniche indistinguibili dall'ipertensione arteriosa essenziale. L'ipopotassiemia, di frequente osservazione soprattutto nelle fasi avanzate di malattia può favorire l'insorgenza di disturbi quali: facile affaticabilità e debolezza muscolare, poliuria da perdita di capacità di concentrare le urine,

elevata incidenza di cisti renali, aumentata ectopia ventricolare, attenuazione dei riflessi circolatori con ipotensione posturale senza tachicardia compensatoria, compromissione della secrezione di insulina con riduzione della tolleranza ai carboidrati.

## **Diagnosi**

Il percorso diagnostico dell'iperaldosteronismo primitivo si articola in tre fasi:

screening; conferma e diagnosi di sottotipo.

## **Test di Screening**

E' ragionevole sottoporre a screening le seguenti categorie di pazienti:

- pazienti con ipopotassiemia spontanea o indotta da basse dosi di diuretici;
- pazienti con ipertensione resistente, cioè con valori pressori superiori a 140/90 mmHg nonostante una terapia con tre farmaci antiipertensivi a pieno dosaggio;
- pazienti con familiarità per ipertensione o eventi cerebrovascolari in età giovanile;
- pazienti ipertesi con una massa surrenalica scoperta casualmente (incidentaloma);
- pazienti ipertesi essenziali di grado 2 e 3.

Il principale test di screening è costituito dal dosaggio della concentrazione dell'aldosterone plasmatico e dell'attività reninica plasmatica con determinazione del rapporto tra questi due valori denominato ARR (Aldosterone Renin Ratio)

## **Test di conferma**

Un'elevata ARR non è diagnostica per l'iperaldosteronismo primitivo, ma indica la necessità di eseguire un test di conferma che dimostri la secrezione inappropriata di aldosterone.

I test maggiormente utilizzati come test di conferma sono il carico endovenoso salino ed il test di soppressione con fludrocortisone.

## **Diagnosi di sottotipo**

La terza fase dell'algoritmo diagnostico consiste nell'identificare il sottotipo di iperaldosteronismo primitivo distinguendo tra adenoma ed iperplasia surrenalica. Questa fase può richiedere l'uso di più test. Dapprima andrà eseguita una TAC ad alta risoluzione, a strato sottile, che mostra la miglior sensibilità nell'identificare la presenza di noduli surrenalici o eventualmente la risonanza magnetica.

Il catetere venoso selettivo delle vene surrenaliche rappresenta il gold standard nella diagnosi di sottotipo dell'IAP. Consiste nel prelievo di sangue refluo dalle vene surrenaliche e dalla vena cava. Sui campioni ematici ottenuti sono dosati cortisolo e aldosterone

## **Perché è importante diagnosticare l'iperaldosteronismo primario?**

Vi sono solide evidenze che un eccesso di aldosterone esponga ad un danno d'organo più severo e precoce rispetto a quanto osservato negli ipertesi essenziali. L'eliminazione della causa dell'eccesso di secrezione di aldosterone e/o il blocco degli effetti biologici dell'ormone rappresenta quindi un importante obiettivo terapeutico.

## **Terapia.**

Il trattamento si baserà sulla chirurgia per via laparoscopica in caso degli adenomi surrenalici aldosterone-secernenti e sulla terapia farmacologica con antagonisti dei recettori per i mineralcorticoidi nelle forme di iperplasia.

Redatto Comunicazione, Relazioni esterne aziendali, Ufficio stampa, URP  
ASUGI su testi forniti dalla Struttura Semplice di Endocrinologia

## **Struttura Complessa Medicina Clinica**

Direttore: Prof. Renzo Carretta

## **Struttura Semplice di ENDOCRINOLOGIA**

Strada di Fiume 447 – 34 149 Trieste

Responsabile: prof. Bruno Fabris

Tel: 040 – 3994320; Fax: 040 – 912 881

