

Hyperparathyroïdie

Aspects cliniques et enjeux thérapeutiques

SFR Rhône Alpes

5/12/09

Aurélia Picard

Service de Rhumatologie
Lyon Sud

Hyperparathyroïdie

Sécrétion excessive de PTH inappropriée à la calcémie

Primitive

1ère description : années 20

- Ostéïte fibro-kystique
- Forme lithiasique

Evolution en 30 ans:

- F asymptomatiques (80%)
(dosage systématique Ca)

Secondaire

Réactionnelle à une hypocalcémie

- Carence en vitamine D
- Insuffisance rénale

Tertiaire

Autonomisation
d'une HPTH II^R

Hyperparathyroïdie primitive

Pathologie initialement rare

Augmentation de l'incidence dans les années 70 avec le dosage de la calcémie

Incidence annuelle: 20,8/100000 (Rochester)

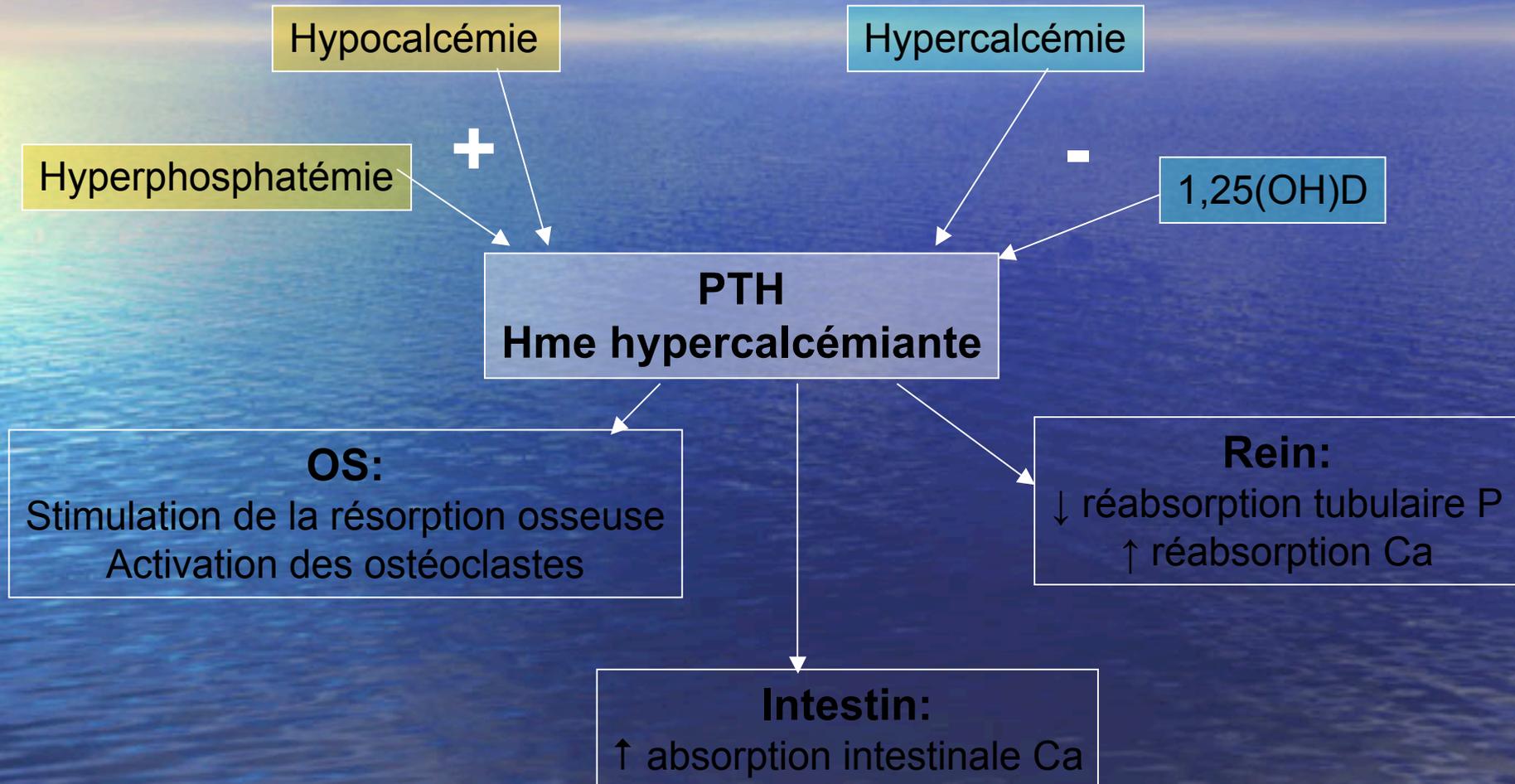
2♀/1♂

Pic de fréquence entre 30 et 50 ans

Étiologies

- Adénome parathyroïdien 90% (6% de localisation inhabituelle)
 - isolée
 - NEM I ou II
- Hyperplasie diffuse ou adénomes multiples 10%
- Carcinome parathyroïdien <1%

Rôle et régulation de la PTH



Présentations cliniques

Formes non spécifique 50 %

- Signes neuromusculaire
- S digestifs
- HTA
- Chondrocalcinose
- 25%: Asymptomatique

Formes osseuses <5%

- Douleurs mécaniques
- Fractures spontanées
- Déformations osseuses, tuméfactions
- Chute des dents

Formes lithiasiques

Diagnostic biologique

- Hypercalcémie
- Hypercalciurie
- Hypophosphorémie
- Élévation de la PTH

- Élévation des PAL
- Augmentation de la clairance du phosphore et diminution de la réabsorption tubulaire du phosphore
- Augmentation AMPc néphrogénique

Evolution de l'HPTH asymptomatique

Silverberg (1999):

A 10 ans:

- Pas d'évolution: 75%
 - Indication chirurgicale: 25%
- => Evolution lente et fluctuante

Stratégie thérapeutique:

- Retentissement osseux et SF36 (étude 04)
- Mortalité (registre suédois 02)

Traitements

consensus d'expert de la SFE 2004

Critères de chirurgie :

- Age < 50 ans
- S. cliniques d'hypercalcémie
(lithiase, néphrocalcinose, S osseux, cca)
- Calcémie > 2,75 mmol/l
- Calciurie > 10 mmol/24h
- Clairance créatininémie < 60 ml/min
- DMO \leq - 2,5 DS

Traitements consensus d'expert de la SFE 2004

- HPTH primitive asymptomatique:
Chirurgie première après discussion patient

Sauf:

- état gal précaire
- Comorbidités associées

Traitements consensus d'expert de la SFE 04

Si chirurgie impossible:

- Hydratation
- Attention aux ttt (risque d'hypercalcémie)
- Apports calciques Nx
- Vit D 400 ui/j si carence en vitamine D
- Ttt médical si atteinte osseuse: bisphosphonates
- Surveillance: Ca, albumine/6 m

DMO/2 ans et fonction rénale tous les ans

Rôle de l'imagerie

Rechercher les complications osseuses et rénales

Mise en évidence de l'adénome

Guider le geste chirurgical

- Technique conventionnelle
- Technique mini-invasive

Bibliographie

- *Maladies métaboliques osseuses de l'adulte, Kuntz médecine science flammariion 1996, chap 13: 193-204*
- *Précis de rhumatologie, COFER, Masson 2005, 505-8*
- *A 10-year prospective study of primary hyperparathyroidism with or without parathyroid surgery, Silverberg SJ, N.Engl.J.Med, 1999, 341: 1249-55*
- *Prise en charge de l'hyperparathyroïdie primaire asymptomatique, consensus d'experts de la SFE, Novembre 2005*