
DES ENDOCRINOLOGIE

Un cas d'hyperparathyroïdie

juin 2011

K. Nadin

Contexte clinique

■ Patient de 53 ans,

Antécédents familiaux: diabète, excès pondéral, hypercholestérolémie.

Antécédents personnels: diabète type 2, HTA, hypercholestérolémie, obésité, SAS appareillé, syndrome anxio dépressif et éléments de TCA, nombreuses chirurgies.

HDM:Hypercalcémie depuis 2003.

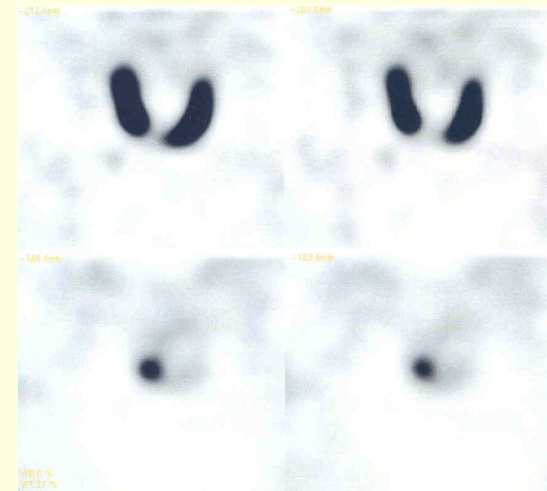
Clinique: asymptomatique, (malaises type vagal)

Paraclinique: Biologie

Imagerie:

2007: échographie cervicale: image hypoéchogène en dessous du lobe thyroïdien droit, scintigraphie MIBI: RAS, Ostéodensitométrie: RAS

2011: échographie cervicale: image kystique lobe droit, scintigraphie MIBI: image au niveau du lobe thyroïdien droit, Ostéodensitométrie: RAS



BIOLOGIE

	PTH intacte (ng/L)	Calcium (mmol/L)
Janv 2006		2.58
Fév 2007	28	2.74
Juin 2007	54	2.70
Juill 2008		2.54
Sept 2009		2.59
Fév 2011	82	2.79
Avr 2011	38	2.88

- calciurèse: 11.70 mmol/24h
- phosphorémie: normale
- phosphaturie: normale
- 1-25 dihydroxy vitamine D: élevée

AUTRES DIAGNOSTICS

- Pas de ttt hypercalcémiant
 - Origine néoplasique: pas de lésions ostéolytiques, contrôle de PTH rP (juin 2007): <0.3 pmol/l
 - Hypercalcémie hypocalciurique familiale bénigne: calciurèse élevée (11.7 mmol/L), pas de notion d'hypercalcémie dans la famille.
 - Autres: granulomatoses, buveur de lait, immobilisation...
- **Donc cas d'hyperparathyroïdie primaire avec PTH normale.**

Dosage de la PTH

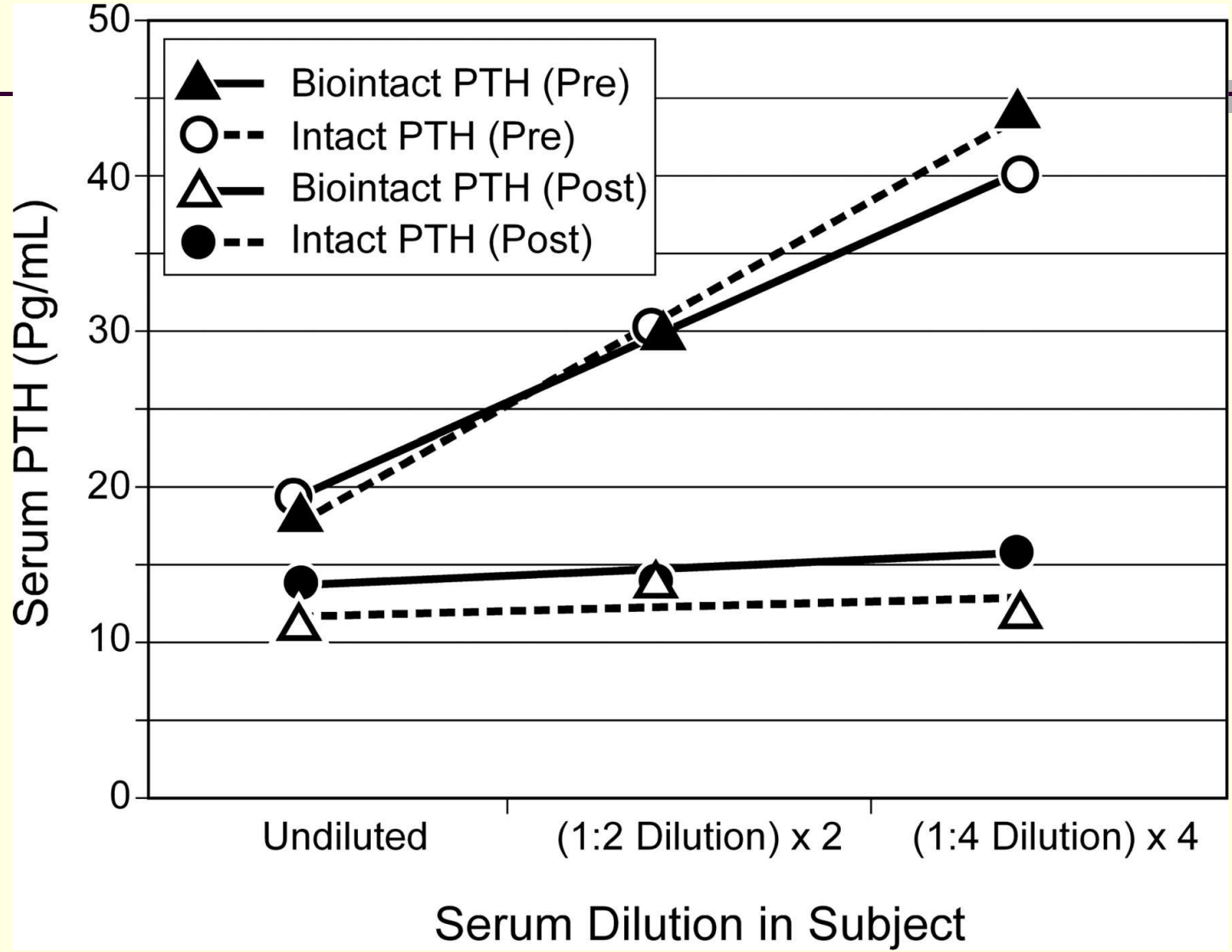
- 2 études de Cas d'hyperparathyroïdie primaire à PTH basse.

Lafferty, F. W. et al. J Clin Endocrinol Metab 2006;91:3826-3829

Benaderet AD, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2011 May

- Méthode sandwich de dosage de la (1-84)PTH
- Effet crochet: améliorations par les dilutions
- Adénome parathyroïdien produisant une PTH aberrante?

FIG. 2. Pre- and postoperative PTH assays showing the effect of dilution in preoperative sera in contrast to 1 wk postoperative sera



PEC thérapeutique

- Prise en charge de l'hyperparathyroïdie primaire asymptomatique : chirurgie/traitement médical
 - ❖ Consensus de la SFE 2005: chirurgie en première intention dans les hyperparathyroïdies asymptomatiques si elle n'est pas rendue dangereuse par la coexistence d'autres pathologies ou par un état précaire et après discussion avec le patient.
 - ❖ Ou surveillance, en dehors de la présence d'un des critères majeurs
 - ❖ Surveillance: conseils+ calcémie et albumine tous les 6 mois, surveillance de l'état osseux tous les 2 à 3 mois puis adaptée, surveillance annuelle de la fonction rénale

- Traitement des complications

CONCLUSION

- Technique Gold standard de dosage de la PTH en cours d'évaluation,
- Production d'une PTH aberrante dans les adénomes parathyroïdiens?