



Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
  
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

## Hyperparathyroïdie primaire sporadique<sup>☆</sup>

Sporadic primary hyperparathyroidism

C. Blanchard<sup>a</sup>, E. Mirallié<sup>a</sup>, M. Mathonnet<sup>b,\*</sup>

<sup>a</sup> Clinique de chirurgie digestive et endocrine, institut des maladies de l'appareil digestif, Hôtel-Dieu, CHU de Nantes, 44093 Nantes cedex 1, France

<sup>b</sup> Service de chirurgie digestive et endocrinienne, CHU de Limoges, 2, avenue Martin-Luther-King, 87042 Limoges, France

Disponible sur Internet le 29 septembre 2010

### MOTS CLÉS

Parathyroïde ;  
Hyperparathyroïdie  
primaire ;  
Parathormone ;  
PTH rapide ;  
Parathyroïdectomie ;  
Cervicoscopie

**Résumé** L'hyperparathyroïdie primaire (HPT1) est une endocrinopathie fréquente et considérée comme asymptomatique dans 80 % des cas. Le diagnostic est en règle facile, fondé sur une parathormonémie (PTH) inadaptée à la calcémie. Dans 85 % des cas environ, l'HPT1 est due à une seule glande pathologique (maladie uniglandulaire) et les patients restants ont une maladie multiglandulaire. L'examen de localisation le plus performant est la scintigraphie au méthoxy-isobutyl-isonitrile (MIBI), couplée aux résultats d'une échographie (sensibilité supérieure à 95 %). Les autres examens sont réservés aux HPT1 persistantes ou récidivées. La chirurgie est le seul traitement curatif. La voie d'abord peut comporter une cervicotomie bilatérale, un abord unilatéral électif sous anesthésie locale ou des abords mini-invasifs focaux (vidéoassistés ou totalement endoscopiques). Une chute de la PTH peropératoire supérieure à 50 % est prédictive de guérison dans plus de 97 % des cas. La chirurgie est conseillée même en cas d'HPT1 modérée, ou chez les sujets très âgés, car l'amélioration de la qualité de vie et de la densité osseuse ont été prouvées dans ces situations. La place du traitement médical est restreinte. Les HPT1 persistantes ou récidivées imposent une démarche diagnostique rigoureuse et leur prise en charge relève de centres experts. Une PTH élevée en postopératoire en dehors de toute hypercalcémie n'impose pas d'exploration complémentaire. Le devenir de ces patients ayant un taux élevé de PTH en postopératoire reste encore incertain.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### KEYWORDS

Primary  
hyperparathyroidism;  
Parathormone;  
Intraoperative

**Summary** Primary hyperparathyroidism (HPT1) is a common endocrine disorder, which is asymptomatic in 80% of cases. The diagnosis is ordinarily easily made, based on an inappropriately elevated parathormone level (PTH) in the face of an elevated serum calcium level. In 85% of cases, HPT1 is due to hormone secretion from a single parathyroid gland (uniglandular disease) and the remaining patients have multiglandular disease. The best localization

DOI de l'article original : [10.1016/j.jvisc.2010.08.018](https://doi.org/10.1016/j.jvisc.2010.08.018).

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Journal of Visceral Surgery*, en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [mathonnet@unilim.fr](mailto:mathonnet@unilim.fr) (M. Mathonnet).

parathormone;  
Parathyroidectomy;  
Cervicoscopy

study is MIBI scintigraphy (methoxy isobutyl isonitrile) coupled with the results of a neck ultrasound exam (sensitivity greater than 95%). Other investigations are reserved for persistent or recurrent HPT1 post surgery. Surgery is the only cure. The surgical approach may include a bilateral cervical exploration, a unilateral approach under local anesthesia, or focused minimally invasive (video-assisted or totally endoscopic) approaches. A decrease in PTH level measured intraoperatively of greater than 50% is predictive of cure in more than 97% of cases. Surgery is recommended even for moderate HPT1 and for very elderly patients because improvement in both the quality of life and bone density have been proven in these situations. The role of medical treatment is limited. Persistent or recurrent HPT1 requires a meticulous diagnostic approach and management in surgical centers with expertise. Persistent elevation of PTH postoperatively without hypercalcemia does not mandate further exploration. The outcome of normocalcemic patients with elevated postoperative PTH levels remains uncertain.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

L'Hyperparathyroïdie primaire (HPT1) est une sécrétion inappropriée de parathormone (PTH), par une ou plusieurs glandes parathyroïdes pathologiques, induisant une hypercalcémie. C'est une endocrinopathie fréquente, dont l'incidence, actuellement de 20,8/100 000, n'a cessé d'augmenter depuis 20 ans, du fait des dosages systématiques de calcémie. L'âge moyen au moment du diagnostic est de 60 ans. Les femmes sont touchées en majorité (sex-ratio F/H: 2,6) [1]. Depuis 1990, cette pathologie a fait l'objet de plus de 3500 articles dans les journaux scientifiques de langue anglaise ou française. C'est la seule endocrinopathie pour laquelle des études contrôlées ont été réalisées et ont permis de réelles avancées dans le dépistage et la prise en charge diagnostique et thérapeutique. Le tableau clinique d'ostéoporose ou de lithiase rénale est devenu rare, et 80% des HPT1 sont actuellement diagnostiquées à un stade asymptomatique. Les critères cliniques et paracliniques sur lesquels repose l'indication opératoire restent encore sujets à discussion, et sont régulièrement mis à jour [2]. Les performances de l'imagerie de localisation, et la mise au point du dosage extemporané de PTH ont permis de développer des techniques opératoires mini-invasives.

## Hyperparathyroïdie primaire : principes de prise en charge

### Diagnostic

Le diagnostic d'HPT1 est généralement facile. Il est fait devant l'association hyper-parathormonémie (PTH), et élévation du calcium total, corrigé selon l'albuminémie, ou du calcium ionisé, et ce en dehors de toute insuffisance rénale. Du fait de l'action de la PTH sur l'os, l'intestin et le rein, cette hyper-PTH s'associe à une baisse du taux plasmatique de la 25-hydroxyvitamine D [25(OH)D] et une élévation de sa forme active, la 1,25-dihydroxyvitamine D [1-25(OH)D]. La calciurie doit être systématiquement mesurée. Une calciurie inférieure à 100 mg/24 heures est en faveur d'une hypercalcémie hypocalciurique familiale, maladie autosomique dominante, contre-indiquant un geste parathyroïdien. Quelques patients ont un profil biologique moins franc, qui peut signer une authentique HPT1 débutante relevant d'un traitement chirurgical, ou peut correspondre à une pathologie extra parathyroïdienne (Tableau 1).

Certains facteurs de risque sont reconnus : irradiation cervicale dans l'enfance, mutations portant sur les gènes PRAD1, MEN1 ou HRPT2, codant respectivement pour la cycline D1, la ménine et la parafibromine [3]. Un contexte clinique évocateur (antécédents familiaux, atteinte pluriglandulaire, endocrinopathies associées ...) impose une recherche génétique.

### Localisation

Dans plus de 89% des cas l'HPT1 est en rapport avec une seule glande pathologique (Tableau 2) [4]. Les progrès de l'imagerie ont considérablement modifié les indications et les techniques chirurgicales. L'examen de localisation le plus performant est à l'heure actuelle la scintigraphie au méthoxy-isobutyl-isonitrile (MIBI) avec image de soustraction à l'iode (sensibilité 88,4%, intervalle de confiance à 95% = [87,4–89,4]) (Tableau 3) [4,5]. Sa sensibilité dépasse 97% lorsque les techniques de tomoscintigraphie sont appliquées, ou après couplage des images aux résultats de l'échographie ou de la tomodynamométrie [6,7]. Les performances de l'imagerie sont nettement plus médiocres si l'atteinte est multiglandulaire (Fig. 1). Dans une méta-analyse, Ruda et al. ont montré que la sensibilité de l'échographie et de la scintigraphie diminuait de moitié en cas d'hyperplasie, et ne montrait que dans un quart des cas la deuxième glande pathologique en cas d'adénome double (Tableau 3) [4]. La présence de nodules thyroïdiens ou d'adénopathies impose des acquisitions tridimensionnelles ou sagittales [3]. Pour Lew et al., des résultats échographiques et scintigraphiques discordants sont en rapport avec une atteinte multiglandulaire dans 11% des cas [8]. Tomodynamométrie, imagerie par résonance magnétique, dosages veineux étagés n'ont aucune place en première intention, sauf si un carcinome est suspecté en préopératoire.

### Choix de la voie d'abord

Les glandes parathyroïdes sont, généralement, au nombre de 4. Les parathyroïdes supérieures sont issues de la quatrième poche branchiale et les parathyroïdes inférieures de la troisième poche branchiale. La migration de ces dernières est plus importante au cours de l'embryogenèse et favorise les ectopies : 15% des parathyroïdes inférieures sont localisées dans le thymus. Les parathyroïdes supérieures sont situées en arrière et un peu au-dessus du plan récurrentiel. Les parathyroïdes inférieures sont en avant du plan récurrentiel, et souvent sous la capsule thyroïdienne.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3312302>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3312302>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)