

**Avertissement:** Notes prises au vol, erreurs possibles, prudence...

Mardi 15 mai 2012

Hopital cantonal de Genève

**Hyperparathyroïdie primaire**

Dr A. Trombetti

Après le diabète et les problèmes thyroïdiens, les endocrinologues sont confrontés le plus souvent à l'hyperparathyroïdie primaire(HPTH1).

Cela concerne 20 nouveaux cas pour 100'000 personnes/ année.

La prévalence est de 1-4/ 1'000 personnes dans la population (2-3 fois plus de femmes que d'homme, soit 1-3% de femmes post-ménopausées).

Le diagnostic consiste en une élévation simultanée de la calcémie et de la PTH (Parathormone).

(Lorsque il y a une hyperparathyroïdie avec une calcémie basse, c'est une hyperparathyroïdie secondaire: HPTH2)

Attention: 15-20 % des HPTH1 sont cependant normocalcémiques.

40% sont découverts par hasard lors d'un screening.

Si la calcémie est inférieure à 3 mmol/l, les symptômes sont rares.

Sinon, les symptômes sont: nausées, anorexie, fatigue, asthénie, troubles cognitifs, polyurie/polydypsie, HTA, raccourcissement du segment QT.

En médecine ambulatoire, 50-80% des hypercalcémies sont dues à un HPTH1; en milieu hospitalier, la grande majorité est d'origine néoplasique et 10% seulement sont dues à un HPTH1.

Il n'est pas si rare de découvrir un HPTH1 lors d'un bilan d'ostéoporose (3%).

Même lors d'un 1<sup>er</sup> épisode de lithiase rénale on a 2-8% d'HPTH1.

Il ne faut pas confondre HPTH1 avec l'hypercalcémie familiale avec hypocalciurie, transmise selon le mode autosomal dominant, qui ne nécessite pas de traitement.

Pour en savoir plus. ([http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC\\_Exp.php?Lng=FR&Expert=405](http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=405) )

Jusqu'à peu, on considérait la mortalité de HPTH1 identique au reste de la population, une étude écossaise récente montre cependant une augmentation de la mortalité cardiovasculaire et du cancer chez l'HPTH1.

A noter que l'élévation de la PTH semble altérer l'humeur et entraîner des troubles cognitifs .

Si 80% des sujets sont asymptomatiques, 20% présentent soit une ostéoporose, soit une fracture, soit une myopathie/asthénie. Et 10% une état anxieux ou un état dépressif.

Si le patient est symptomatique avec une calcémie > 2,85, ou une ostéoporose, ou une insuffisance rénale, et qu'il a moins de 50 ans c'est la chirurgie qui est préférée.

Sinon on suivra le patient en dosant calcium et créatinine de façon annuelle, avec minéralomètre tous les 2 ans.

1/3 des malades ont une ostéoporose qui progresse sur 15 ans, malgré la stabilité des marqueurs du remodelage osseux.

Si la chirurgie de l'HPTH1 diminue les fractures ostéoporotiques, l'effet sur les douleurs, la qualité de la vie, la capacité fonctionnelle semble être moins évident.

Actuellement la chirurgie est miniinvasive avec une échographie et une scintigraphie au sestamibi marqué au 99mTc permettant de localiser la glande qui dysfonctionne, sur laquelle se focalisera le chirurgien. Cet opération se fait actuellement en hôpital de jour, voire en anesthésie locale.

Pour ce qui est du traitement médical, on propose les biphosphonates chez la femme ménopausée, la vit. D qui est souvent abaissée, et le Cinacalcet ou Mimpara® qui est un calcimimétique se fixant sur le récepteur du calcium et le rendant plus sensible, donc favorisant la chute de la PTH.

On retiendra donc que l'hyperparathyroïdie primaire est assez fréquent chez les patients ostéoporotiques, ou avec une néphrolithiase.

Que même les formes asymptomatiques ont une mortalité augmentée.

Que les patients sont exposés à anxiété, dépression, asthénie et troubles cognitifs.

Que la chirurgie reste le pilier du traitement chez les patients de moins de 50 ans.



Paras...

Compte-rendu du Dr Eric Bierens de Haan [ericbdh@bluewin.ch](mailto:ericbdh@bluewin.ch)  
(je suis absent mardi prochain...va falloir y aller...courage)

transmis par le laboratoire MGD

[colloque@labomgd.ch](mailto:colloque@labomgd.ch)