

Facteurs de risque d'échec de la chirurgie de l'hyperparathyroïdie primaire

BALA F, AZZOUG S, RABEHI L, CHENTLI F, Service d'endocrinologie et maladies métaboliques, CHU Bab El Oued

Introduction:

Quand l'indication opératoire est posée pour l'hyperparathyroïdie primaire (HPTP), la chirurgie est supposée être un traitement curatif. Cependant en cas d'échec la persistance de HPTP expose le patient d'avantages aux complications de l'hypercalcémie et aux risques de la réintervention. Le but de ce travail est d'essayer d'objectiver les éléments prédictifs de l'échec ou de la persistance de l'HPTP par l'analyse rétrospective des données cliniques et paracliniques pré et postopératoires des cas HPTP persistantes prises en charge dans notre service.

Méthodes:

Il s'agit de patients opérés pour HPTP entre l'année 1993-2014. Tous les patients ont bénéficié en préopératoire d'un examen clinique, un bilan biologique comprenant calcémie, phosphorémie, PTH, calciurie, 25OH vitamine D pour certains patients, un bilan morphologique comprenant une échographie cervicale et/ou une scintigraphie parathyroïdienne.

8 patientes ont présenté une persistance de HPTP définie par la persistance de de l'hypercalcémie à 6 mois post opératoire.

Résultats:

8 patients ont présenté une persistance de l'HPTP définie par une persistance de l'hypercalcémie à 6 mois post opératoire. Toutes étaient des femmes âgées entre 30 et 64 ans avec une moyenne d'âge à 48 ans. elles avaient une HPTP hypercalcémique.

En préopératoire l'adénome parathyroïdien a été objectivé à l'échographie cervicale chez 5 patientes et à la scintigraphie parathyroïdienne au MIBI chez 5 patientes, le nodule était de siège cervical. Le double repérage échographie + scintigraphie était retrouvé dans 62% des cas. Sept patientes ont été opérées par une cervicotomie classique, une seule patiente a bénéficié d'une chirurgie mini invasive.

L'étude histologique a objectivé un tissu parathyroïdien uniquement chez 5 patientes, adénome parathyroïdien chez 3 patientes et hyperplasie chez 2 patientes. Dans les autres cas il n'y avait pas de tissu parathyroïdien mais du tissu ganglionnaire dans deux cas et un granulome inflammatoire dans un cas. Les patientes ont été réopérées, dans trois cas plusieurs réinterventions chirurgicales ont été nécessaires sans succès.

Discussion:

Plusieurs causes peuvent expliquer l'échec de la chirurgie parathyroïdienne comme un diagnostic incorrect, l'inexpérience du chirurgien, une glande parathyroïde eutopique non identifiée, une glande ectopique, une atteinte pluriglandulaire, des glandes surnuméraires, un carcinome parathyroïdien ou une parathyromatosis. L'hypercalcémie hypocalciurie familiale est un diagnostic différentiel classique de l'HPTP à envisager devant toute hypercalcémie. Elle associe une hypercalcémie à des taux de parathormone élevés, la calciurie est basse ce qui la différencie de l'HPTP. C'est une maladie héréditaire à transmission autosomale dominante en rapport avec des mutations inhibitrices du gène codant pour le récepteur sensible au calcium (CaSR). Elle est généralement asymptomatique, d'évolution bénigne. Rarement une parathyroïdectomie totale est indiquée en cas de calcémie supérieure à 140 mg/l, de pancréatites récidivantes ou d'hyperparathyroïdie sévère néonatale en rapport avec les formes homozygotes [1]. La parathyromatosis est une cause rare mais difficile à traiter d'hyperparathyroïdie. Il en existe deux types, le type 1 est rare, il est dû à une hyperplasie de vestiges parathyroïdiens embryonnaires. Le type 2 est le type le plus fréquent, il est en rapport avec une rupture avec dissémination de tissu parathyroïdien lors de l'exérèse parathyroïdienne. Le traitement de la parathyromatosis est difficile et nécessite souvent plusieurs interventions [2]. La parathyromatosis pourrait expliquer l'échec des chirurgies itératives chez certaines de nos patientes. Des glandes parathyroïdes en position ectopique sont retrouvées dans 2 à 43% des études autopsiques et dans 16% des cas d'hyperparathyroïdie primaire et sont une cause fréquente d'échec de la chirurgie parathyroïdienne [3]. Les parathyroïdes ectopiques peuvent être situées au niveau médiastinal, thymique, intra thyroïdienne, rétro-oesophagienne ou dans d'autres localisations. L'expérience du chirurgien reste un facteur déterminant pour le succès de la chirurgie parathyroïdienne, les taux de succès d'une première chirurgie parathyroïdienne dans les centres de référence sont proches de 100% [4].

Conclusion:

Au cours de l'HPTP, la localisation ectopique de l'adénome, l'adénome multiple ou l'hyperplasie, le non repérage préopératoire, le manque d'expérience du chirurgien et la parathyromatosis sont des facteurs de risque d'échec de la chirurgie parathyroïdienne. Pour améliorer les taux de succès de cette chirurgie, il est nécessaire de confirmer l'HPTP et d'éliminer les autres diagnostics notamment l'hypercalcémie hypocalciurie familiale bénigne, de localiser autant que faire se peut la ou les parathyroïdes pathologiques en préopératoire et de faire appel à des chirurgiens rompus à la chirurgie parathyroïdienne.

Références:

- 1- Shinall MC Jr, Dahir KM, Broome JT. Differentiating familial hypocalciuric hypercalcemia from primary hyperparathyroidism. *Endocr Pract.* 2013;19(4):697-702
- 2- Tublin ME, Yim JH, Carty SE. Recurrent hyperparathyroidism secondary to parathyromatosis: clinical and imaging findings. *J Ultrasound Med.* 2007 Jun;26(6):847-51.
- 3- Noussios G, Anagnostis P, Natsis K. Ectopic parathyroid glands and their anatomical, clinical and surgical implications. *Exp Clin Endocrinol Diabetes.* 2012;120:604-10
- 4- Karakas E, Schneider R, Rothmund M, Bartsch DK, Schlosser K. *World J Surg.* 2014 Apr 3. [Epub ahead of print]. Initial Surgery for Benign Primary Hyperparathyroidism: An Analysis of 1,300 Patients in a Teaching Hospital.