

# Traitement chirurgical de l'hyperparathyroïdie secondaire chez l'hémodialysé chronique

Dr J. ISSOUANI<sup>a</sup>, Dr D. IBRAHIM MONTASSER<sup>b</sup>, Pr M. BENYAHIA<sup>b</sup>, Pr G. BELMAJDOUB<sup>a</sup>  
a Service d'endocrinologie de l'hôpital militaire d'instruction Med V, Rabat ;  
b Service de néphrologie de l'hôpital militaire d'instruction Med V, Rabat

## Introduction

L'hyperparathyroïdie secondaire (HPTS) est une complication fréquente de l'insuffisant rénal chronique, due généralement à une anomalie de métabolisme phospho-calcique, dont le diagnostic repose sur un ensemble de critères cliniques, radiologiques et biologiques, le traitement chirurgical par parathyroïdectomie intervient secondairement après échec du traitement médical. L'objectif de cette étude était de préciser les indications du traitement chirurgical et apprécier son efficacité

## Matériels et Méthodes

- Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 20 patients hémodialysés chroniques opérés entre Janvier 2008 et décembre 2013)

## Résultats

- Notre série comportait 10 hommes et 10 femmes
- Age moyen:  $46 \pm 15$  (17-68 ans)
- La durée moyenne de dialyse au moment de l'intervention :  $9 \pm 5,5$  ans
- 78 % des patients étaient dialysés à raison de 03 séances par semaine
- L'hyperparathyroïdie a été diagnostiquée : en moyenne de  $4,9 \pm 2$  ans du début de suivi de l'insuffisance rénale chronique terminale.
- Les patients étaient multi-symptomatiques: associant au moins 2 symptômes dans 87,6%.
- La moyenne de calcémie initiale:  $101 \pm 17$  mg/l
- La moyenne de phosphorémie initiale:  $47 \pm 13$  mg/l
- la moyenne de PTHi :  $1580 \pm 666$  pg/ml
- Les patients avaient des signes radiologiques sévères: 94,7%
- Calcifications vasculaires et extra-osseuses dans (63,2%) cadrant plus globalement avec le désordre minéral et osseux.
- Tous les patients ont eu une échographie cervicale pré-opératoire complétée chez 3 patients par une scintigraphie parathyroïdienne au Mibi-Tc 99.
- 22 interventions ont été réalisées, soit 20 cervicotomies premières et deux reprises chirurgicales
- 20 interventions ont consisté en une parathyroïdectomie subtotale 7/8ème dont 3 interventions ont été associées à une thyroïdectomie subtotale
- L'étude anatomo-pathologique a été réalisée chez 20 patients, objectivant un aspect d'hyperplasie diffuse des 4 glandes sans signe de malignité chez 16 patients (78,9%) et un adénome dans 4 cas (21,1%)
- La mortalité opératoire était nulle
- Les suites post-opératoires ont été marquées par la survenue:
  - Hématome cervical postopératoire chez 4 patients (20,5%)
  - Atteinte du récurrent chez 2 cas (10%).
  - Calcémie postopératoire était normale chez 2 patients (10%) ; basse dans 16 cas (80%) et élevée dans 2 cas (10%).
- Le dosage sérique de la PTH; effectué à j1 postopératoire chez tous nos patients était normal dans 16 cas (80%) et élevé dans 4 cas (20%) : ces derniers correspondaient à une hyperparathyroïdie persistante et donc un échec thérapeutique ayant nécessité une réintervention chirurgicale chez 2 patients et un complément de traitement par calcimimétique devant la difficulté d'une reprise chirurgicale chez les deux autres patients
- Calcémie post opératoire:  $73 \pm 12$  mg/l
- Phosphorémie post opératoire:  $33 \pm 9$  mg/l
- PTHi post opératoire:  $181 \pm 214$  pg/ml
- Après un suivi d'au moins 24 mois, l'évolution a été jugée favorable et satisfaisante chez (78,9%) des patients sur des critères cliniques, biologiques et radiologiques.

## Discussion

- La parathyroïdectomie chirurgicale doit être discutée lorsque le traitement médical s'avère inefficace. Cependant, la technique de résection doit être soignée, précédée pour certains d'une exploration échographique qui permet une évaluation précise de la taille et du nombre de glandes pour prévenir une éventuelle persistance ou récurrence de l'hyperparathyroïdie [1].
- Dans notre étude, les patients présentaient des HPTS sévères non freinable (parathormone intacte supérieure à 1500 pg/ml, une hypercalcémie et/ou une hyperphosphorémie non contrôlable et des signes osseux invalidants). Les résultats de la chirurgie sur le freinage de la sécrétion de la PTHi, l'hypercalcémie, l'hyperphosphorémie et les signes osseux étaient satisfaisants. Cependant, l'évolution était marquée par persistance d'une hypersécrétion de la PTHi chez (10%) des patients; dont la scintigraphie MIBI-Tc 99 n'a pas objectivé de parathyroïdes ectopiques ce qui rejoint les résultats de la série Schlosser [2].
- Cet acte chirurgical reste grevé de complications; essentiellement l'hypocalcémie temporaire qui est une complication assez commune, avec un pourcentage plus important dans notre série d'atteinte du récurrent qui ne dépasse pas 1% selon Palow et al [3] et d'hématome cervical post opératoire qui varie entre 2 et 5% selon la série de Gagné et al. [1].
- Après un recul de 24 mois, l'évolution a été jugée favorable chez (78,9%) des patients sur des critères cliniques, biologiques et radiologiques.
- Les résultats du traitement chirurgical des hyperparathyroïdies s'avèrent satisfaisants, mais les complications chirurgicales postopératoires ne sont pas négligeables d'où l'intérêt de codifier les indications de la parathyroïdectomie

## Références

1. Short- and Long-Term Efficacy of total parathyroidectomy with Immediate autografting Compared With Subtotal parathyroidectomy in Hemodialysis Patient: Eve-Reine Gagné, Pablo Urena J.Am. Soc. Nephrol. 1992; 3:1008-1017
2. MEDICAL AND SURGICAL TREATMENT FOR SECONDARY AND TERTIARY HYPERPARATHYROIDISM; A. Zielke, M. Rothmund. Scandinavian Journal of Surgery 93: 288-297, 2004
3. Patow CA, Norton JA, Brennan MF. Vocal cord paralysis and reoperative parathyroid. A prospective study. Ann Surg 1986; 203:282-5.