

INTRODUCTION

5-10% des patients avec un diagnostic pré-opératoire d'hyperparathyroïdie primaire (HPP) ne sont pas guéris par la chirurgie initiale. Nous avons voulu étudier les causes d'échec après une première chirurgie réalisée pour HPP dans notre institution.

METHODES

Etude rétrospective de 357 patients (273 femmes ; âge moyen : 58,7 ± 13,6 ans) avec une première chirurgie pour HPP entre 01/2004 et 05/2014 dans notre centre. La durée médiane du suivi était de 13 mois [intervalle: 2,5-123].

RESULTATS

Tableau 1. Comparaison des caractéristiques cliniques entre le groupe en rémission et le groupe avec une HPP persistante après première chirurgie.

	Rémission N=336	HPP persistante N=21	Valeur de p
Âge à la chirurgie (années)	59,1 ± 13,2	52,1 ± 18,2	0,021
Sex ratio (M:F)	77:259	7:14	NS
IMC (kg/m ²)	26,6 ± 5,7	27,0 ± 7,1	NS
Antécédents chirurgicaux cervicaux	8,0% (27/336)	9,5% (2/21)	NS
Patients symptomatiques	32,4% (103/318)	55,0% (11/20)	0,038
MEN-1	1,5% (5/336)	4,8% (1/21)	NS
Forme familiale	1,8% (6/336)	9,5% (2/21)	0,020
Présence d'un goitre	14,9% (48/322)	28,6% (6/21)	0,096
Récidive de la maladie	1,4% (5/336)	-	-

Le taux de maladie persistante était de 5.9% (21/357). Les patients avec échec chirurgical étaient plus jeunes, plus souvent symptomatiques et avaient plus fréquemment une forme familiale.

Tableau 2. Comparaison des caractéristiques biologiques entre le groupe en rémission et le groupe avec une HPP persistante après première chirurgie.

	Rémission N=336	HPP persistante N=21	Valeur de p
Créatinine (mg/dl)	0,83 ± 0,22	0,89 ± 0,29	NS
Calcémie (mg/dl)	11,03 ± 0,74	11,27 ± 0,61	NS
Phosphorémie (mg/dl)	2,6 ± 0,6	2,6 ± 0,5	NS
25 (OH) Vit D (ng/ml)	21 ± 15	20 ± 11	NS
PTH (pg/ml)	102,0 [38,0-283,6]	109,0 [41,2-429,7]	NS
Fraction excrétée du Ca ⁺⁺	0,020 ± 0,009	0,017 ± 0,010	NS
Durée du suivi (mois)	13,5 [3,2-97,6]	7,2 [1,0-61,4]	NS
Calcémie à la fin du suivi (mg/dl)	9,45 ± 0,50	10,88 ± 0,59	< 0,001
PTH à la fin du suivi (pg/ml)	42,5 [18,3-90,3]	65,0 [26,0-128,4]	< 0,001

Les résultats biologiques préopératoires n'étaient pas significativement différents entre les 2 groupes, en particulier la sévérité de l'HPP

Tableau 3. Comparaison des résultats opératoires et postopératoires entre le groupe en rémission et le groupe avec une HPP persistante.

	Rémission N=336	HPP persistante N=21	Valeur de p
Abord chirurgical			0,001
Approche mini-invasive	61,9% (208/336)	14,3% (3/21)	
Exploration unilatérale	2,1% (7/336)	4,8% (1/21)	
Exploration bilatérale	36,0% (121/336)	80,9% (17/21)	
Glande ectopique	11,0% (37/336)	33,3% (7/21)	0,003
Plus d'une glande réséquée	11,0% (37/336)	38,1% (8/21)	< 0,001
Hypercalcémie hypocalciurique familiale	-	9,5% (2/21)	

Parmi les 21 patients avec hypercalcémie persistante, 7 avaient un adénome ectopique, 9 avaient une maladie multiglandulaire et 2 patients présentaient une hypercalcémie hypocalciurique familiale démontrée a posteriori.

CONCLUSION

Les patients plus jeunes et ceux chez qui les examens de localisation sont négatifs ou discordants sont à plus haut risque d'échec chirurgical. Une large proposition de ces échecs est liée à la présence d'un adénome ectopique, à une maladie multiglandulaire ou à un diagnostic erroné.

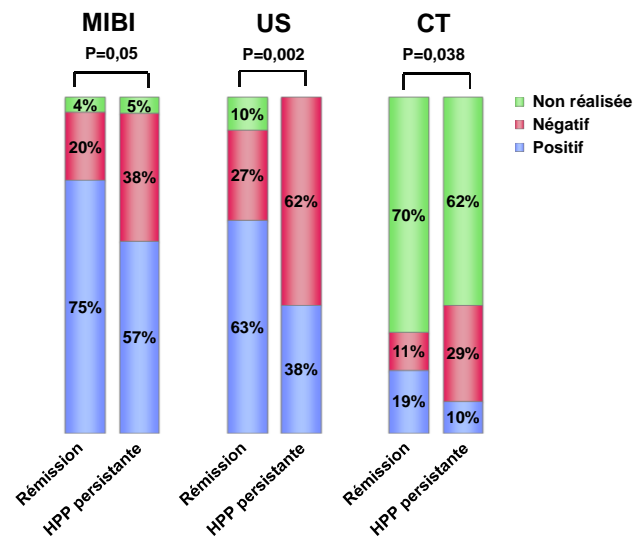


Figure 1. Comparaison des résultats des examens préopératoires entre le groupe en rémission et le groupe avec une HPP persistante.

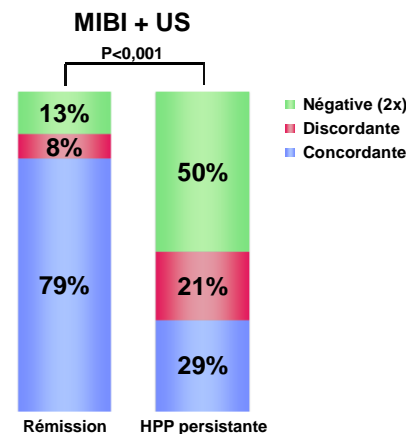


Figure 2. Comparaison des résultats des examens préopératoires combinés entre le groupe en rémission et le groupe avec une HPP persistante.

Les examens de localisation préopératoires (scintigraphie 99mTc-MIBI, échographie (US) et CT cervical) étaient moins souvent positifs chez les patients avec maladie persistante que chez les patients en rémission. Le taux d'examen concordants (US+scintigraphie) était aussi moins élevé dans le groupe « non-rémission » que dans le groupe rémission.