

Conduite à Tenir devant un hyperparathyroïdisme primaire persistant et récidivant

M Barussaud

24 juin 2004

DESC Poitiers

Rappels et Définitions

- Rappels :

- Hypercalcémie si Calcium $> 2,63$ mmol/L

- Calcium ionisé $> 1,40$ mmol/L

- Hyperparathyroïdie primaire (HPT1) si hypercalcémie et parathormone (PTH) normale ou élevée

- Définitions :

- **HPT1 persistante** : hypercalcémie apparaissant immédiatement ou dans les 6 mois suivant une parathyroïdectomie.

- **HPT1 récidivante** : hypercalcémie apparaissant 6 mois ou plus après la chirurgie.

Stratégie

Il existe une HPT1 persistante ou récidivante chez 5 à 10 % des patients opérés une première fois

Stratégie :

1. Confirmer le diagnostic (biologie et imagerie) : cf définitions
2. Localiser la cause (imagerie +++)
3. Analyser les causes d'échec
4. Évaluer les risques de réintervention
5. Résultats

Imagerie et Localisation

- Examens non invasifs :
 - **Échographie cervicale** : très utilisée, peu rentable (glande unique, augmentée de volume, position normale)
 - **Scintigraphie MIBI** : examen de référence, sensibilité 60 à 80 % spécificité 75 à 85 %
 - **TDM ou IRM cervicales** : sensibilité moindre (50%)
 - **CT-MIBI image fusion**: (association scanner-scinti) semble être l'examen le plus rentable : sensibilité 93 % et spécificité 99%

Si la cause est localisée : chirurgie

SINON :

- Examens invasifs :

- **Angiographie** des vaisseaux du cou et médiastinaux (Sensibilité 80%) éventuellement associée à une ponction à l'aiguille fine de la lésion suspecte.
- **Cathétérisme veineux avec dosages étagés de PTH**
(Sensibilité 100%)

En cas d'HPT1 persistant ou récidivant, les examens invasifs sont souvent nécessaires (75 %) et ont le plus souvent une grande rentabilité (localisation correcte et du bon coté dans 90% des cas).

Causes d'échec

- **HPT1 persistant :**

- Adénome orthotopique non trouvé
- Résection inadéquate (lésion multiglandulaire)
- Glande ectopique ou surnuméraire
- Carcinome parathyroïdien

- **HPT1 récidivant :**

- Récidive sur tissu résiduel initialement normal ou pathologique (autotransplantation de parathyroïde, greffe accidentelle : parathyréomatose)

Glandes ectopiques ou surnuméraires

- Glandes ectopiques :

- **Les parathyroïdes supérieures (P4) :** pôle supérieur de la thyroïde, latérocricoiïdiennes, latéropharyngées ou intercricothyroïdiennes dans 13% des cas. Parfois intra-thyroïdiennes. Elles migrent toujours en arrière et peuvent descendre dans le médiastin postérieur.
- **Les parathyroïdes inférieures (P3)** migrent toujours en avant du pôle inférieur de la thyroïde (26% le long de la lame thyro-péricardique) jusque dans le médiastin antérieur (2%). Les ectopies par défaut de migration sont plus rares (7% près de la gaine carotidienne)

- Glandes surnuméraires :

- 13% des cas, pôle inférieur de la thyroïde +++, dans le thymus ou dans la lame thyro-péricardique

Réintervention

- Évaluer les risques :
 - Risque augmenté de paralysie récurrentielle (dissection difficile)
 - Risque augmenté d'hypocalcémie
 - Risque d'échec
- Quand réintervenir :
 - Si HPT1 symptomatique ou calcémie $> 2,75$ mmol/L
 - En général après 6 mois
 - Éventuellement à 24-48h après la première chirurgie, après scinti MIBI

Réintervention (2)

- En per-opératoire :
 - Dosage de PTH, Échographie, Chirurgie radioguidée
- Gestes associés :
 - Cryopréservation +++
 - Si autotransplantation nécessaire, attendre au moins 1 an.
- Voies d'abord :
 - **Si adénome localisé** : abord selectif
 - **Si suspicion de lésion multiglandulaire** : reprise de cervicotomie transverse et exploration bilatérale
 - **Si suspicion de carcinome ou de parathyréomatose** : chirurgie d'exérèse large.

Résultats

- Guérison : 82 à 95 % des cas
- Morbidité : 20 %
 - Paralysie récurrentielle 10 %
 - Hypoparathyroïdie définitive : 20 %
- Échec d'autotransplantation : 6 à 50 %
- Récidive après autotransplantation : 7 à 17 %

CONCLUSION

- L'HPT1 persistante ou récidivante pose le problème de la réintervention après une première cure chirurgicale
- La localisation et le repérage de la cause est plus difficile et il est parfois nécessaire d'avoir recours à des examens invasifs
- La réintervention est plus risquée notamment pour le nerf récurrent et l'hypocalcémie
- Le taux de guérison après réintervention est bon (90 %) ce qui justifie ce traitement.

Bibliographie

1. *Profander et al. CT-MIBI image fusion : a new preoperative localization technique for primary, recurrent, and persistent hyperparathyroidism. Surgery Feb 2004 : 157-162*
2. *Sebag F, Shen W, Bruneau L, Clark O. Intraoperative parathyroid hormone assay and parathyroid reoperations. Surgery Dec 2003 : 1049-1056*
3. *Hedback G and Oden A. Persistent disease after surgery for primary hyperparathyroidism: the long-term outcome. Eur J endocrinol. 2004 ; 150 : 19-25*
4. *Nawed Raza S, Galindo J and Freeman J. Successful management of persistent hyperparathyroidism without finding the adenoma. J Otolaryngol 2003 ; 32 (5): 340-42*

Bibliographie (2)

5. *Kennedy RJ, Roberts AP, Reece GJ, Malycha PL. Minimally invasive parathyroidectomy for recurrent or persistent hyperparathyroidism using carbon track localization. ANZ J Surg 2003 Oct; 73(10) : 853-5*
6. *Chan TJ, Alexander H and al. Persistent primary hyperparathyroidism caused by adenomas identified in pharyngeal or adjacent structures. World J Surg 2003 ; 27 : 675-679*
7. *Chevallier JM, Martelli H et Wind P. La découverte chirurgicale des glandes parathyroïdes et du nerf laryngé récurrent. Ann Chir 1995 ; 49 (4) : 296-304*
8. *Proye C et Dubost C. Endocrinologie Chirurgicale. Medsi/McGraw-Hill. 55-96*