

HYPERPARATHROIDIE PRIMAIRE SPORADIQUE

diagnostic
traitement

DESC de chirurgie viscérale/ SCVO

POITIERS mai 2004

Stéphanie Darras (Nantes)

DEFINITION

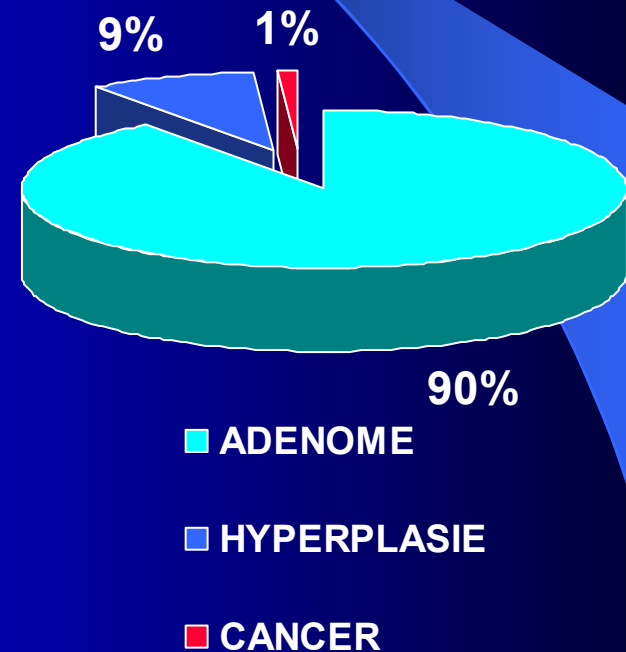
- HPT
 - augmentation inappropriée de sécrétion de PTH par rapport à la calcémie
- PRIMITIVE
 - pas d'insuffisance rénale chronique
- SPORADIQUE
 - non NEM
 - non familiale

EPIDEMIOLOGIE

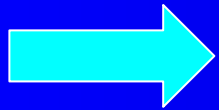
- HPT primaire
I=500/million/an
 - Sporadique 98%
 - NEM 2%

- + en + fréquente
(dg fortuit)

ETIOLOGIES



DIAGNOSTIC



BIOLOGIQUE

Hypercalcémie (Ca = 2,38 mmol/l +/- 0,08 ou 9,55 mg/l +/- 0,35)

PTH augmentée (PTH normale < 60 pg/ml)

normocalcémique si déficit en vitamine D,
hypoalbuminémie, hyperhydratation



MODE DE PRESENTATION

Hypercalcémie 92%

Symptômes ou complications 8% → fatigue +++

DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

● *DIAGNOSTIC POSITIF*

- Atcd fam et perso (NEM)
- Complications :
 - Rénales (lithiases)
 - ➔ **fonction rénale**
 - Osseuses (ostéoporose, ostéitis fibrosa cystica)
 - ➔ **densitométrie osseuse**
 - hypercalcémie aiguë (6%)

● *DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL*

(autres causes
d'hypercalcémie)

- Pathologies malignes: myélomes, métastases osseuses
- Prise de **thiazidiques** ou de **lithium**

TRAITEMENT

➔ **CHIRURGICAL** ➤ *embryologie/ anatomie pathologique*

➔ **BUT**

- Normalisation des valeurs biologiques de la calcémie et PTH au 1er jour postopératoire
- Eviter les récives
- Arrêter l'évolution :
 - ↗ la minéralisation osseuse
 - améliorer la fonction rénale

ANATOMIE

- ***PIII*** (*parathyroïdes inférieures*)
 - 3ème poche branchiale
 - descend + ou – bas avec l'ébauche thymique
 - ectopie **congénitale**
 - par excès : basse (médiastin antérieur)
 - par défaut : haute (angle mâchoire → pôle inf)
- ***PIV*** (*parathyroïdes supérieures*)
 - 4ème poche branchiale
 - en ARR pôle sup thyr
 - ectopie rare, **acquise**, migration par gravité dans le médiastin antérieur

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

ADENOME



ANATOMIE PATHOLOGIQUE HYPERPLASIE



ANATOMIE PATHOLOGIQUE CANCER



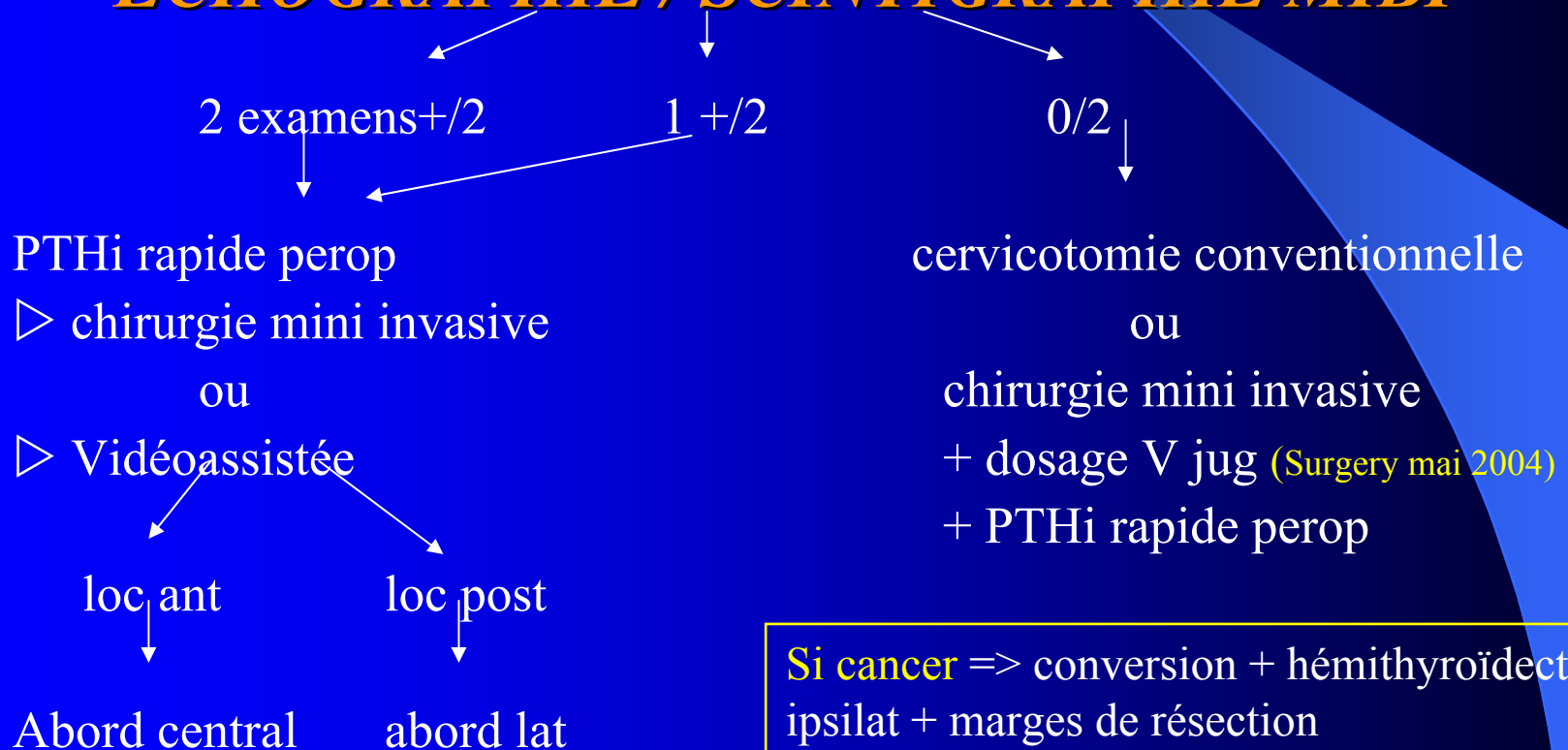
DEMARCHE THERAPEUTIQUE

- Indications opératoires
NIH 1991
- Symptomatique
- Calcémie > 3mmol/l
- Calciurie > 400mg/j
- Chute Cl créat > 30%
- Âge < 50 ans
- Chute DO ≥ 2 dériv z score
- Peu compliant ou choix
- Surveillance si > 50 ans
asymptomatique (NEnglJMed 1999)
- Calcémie biannuelle
- Calciurie annuelle
- Densitométrie osseuse annuelle

Balance chirurgie / surveillance

BILAN DE LOCALISATION PREOPERATOIRE

ECHOGRAPHIE / SCINTIGRAPHIE MIBI



Si cancer => conversion + hémithyroïdectomie ipsilat + marges de résection
Si adénome médiastinal intrathymique => sternotomie ou thoracoscopie

TECHNIQUES OPERATOIRES

- *Cervicotomie conventionnelle*

- identification d'au moins 4 glandes parathyroïdes
- résection des glandes hypertrophiques
- avec au moins 1 anormale confirmée par **histologie extemporanée**
- avec ou sans biopsie des glandes restantes

- *Chirurgie mini invasive*

- dissection minimale/**PTH rapide**
- ↘ temps opératoire
- ↘ durée d'hospitalisation
- ↘ inconfort postop
- AL +/- hypnosédation
- CI: patho multigland, goitre, atcd chir, gl>3cm

- *Chirurgie vidéo assistée*

- sous AG
- avec ou sans insufflation

90 à 98% succès
morbidité < 5%

DOSAGE DE PTHrapide PEROPERATOIRE

- Intérêt

Taux sérique PTH

Localisation

Excision complète du
tissu hypersécrétant

Prédiction *calcémie
postopératoire*

- Critères de Miami

Prélèvement périphérique
préincision/préexcision/10min

*Calcémie postop normale
ou basse si chute PTH $\geq 50\%$
de la valeur la plus élevée 10
min après l'excision*

+/- explo complémentaire
réitérer jusqu'à \searrow taux PTH

(Surgery 973-981; mai 2003)

SURVEILLANCE POSTOPERATOIRE

- **HEMATOME** → surveillance 12 premières heures
- **NERF RECURRENT** → ex CV pré et postop
- **HYPOCALCEMIE** → Ca, PTH H4/J1,2,3,8/M1
- **SUCCES** → normocalcémie au moins 6 mois Ca, PTH M6/an
- **PERSISTENCE** → hypercalcémie et taux PTH élevé dans les 6 mois postopératoires
- **RECURRENCE** → hypercalcémie et ↗ PTH apparaissant après 6 mois

CONCLUSION

Hypercalcémie (> 90%)



Bilan: Ca, PTH, atcd, rein, DO



HPT primaire sporadique



Symptomatique

Asymptomatique



Bilan de localisation



Critères NIH 1991 -

Chir

Chir

Surveillance

miniinvasive

conventionnelle

*Ca / 6 mois, calciurie/ an
DO/ an, symptômes*

BIBLIOGRAPHIE

- George L. Irvin & al. Progress in the operative management of sporadic primary hyperparathyroidism over 34 years. *Ann Surgery*.2004;239:704-708.
- Shonni J. Silverberg & al. A 10-year prospective study of primary hyperparathyroidism with or without parathyroid surgery.*N Engl J Med*.1999;341:1249-1254.
- Jean-François Henry & co. Indications and results of video-assisted parathyroidectomy by a lateral approach in patients with primary hyperparathyroidism.*Surgery*.2001;130:999-1004.
- William B. Inabnet & al. Unilateral neck exploration under local anesthesia: The approach of choice for asymptomatic primary hyperparathyroidism.*Surgery* .1999;126:1004-10.
- Denise M. Carneiro & al. Comparison of intraoperative iPTH assay (QPTH) criteria in guiding parathyroidectomy: Which criterion is the most accurate?*Surgery*.2003;134:973-81.
- Scott F. Gallagher. The impact of minimally invasive parathyroidectomy on the way endocrinologists treat primary hyperparathyroidism.*Surgery*.2003;134:910-7.
- Nopadol Hetrakul & al. In vitro accumulation of technetium-99m-sestamibi in human parathyroid mitochondria.*Surgery*.2001;130:1011-8.
- Frederic Sebag & al. Negative preoperative localization studies are highly predictive of multiglandular disease in sporadic primary hyperparathyroidism.*Surgery*.2003;134:1038-42.
- Mira Milas & al. Double adenomas revisited: Nonuniform distribution favors enlarged superior parathyroids (fourth pouch disease).*Surgery*.2003;134:995-1004.
- E. Roland. Anesthésie-réanimation pour chirurgie des glandes parathyroïdes.*Ann Chir*.1999;53,n°2:150-161.
- William B. Inabnet & L. Biertho. Chirurgie parathyroïdienne dirigée: une série de 100 patients consécutifs.*Ann Chir*.2002.
- Menegaux F. et Chigot J.-P. Glandes parathyroïdes: anatomie, histologie et chirurgie.*Encycl. Med. Chir. Endocrinologie-Nutrition*.10-011-A-10.1994,6p.
- Houillier P & co. Hyperparathyroïdie primitive.*Encycl. Med. Chir. Endocrinologie-Nutrition*.10-012-B-10.2002,9p.