

PANCREATITE AIGUE ET
HYPERPARATHYROIDIE
PRIMAIRE

Etude multicentrique

C.CURTO

- La pancréatite aiguë secondaire à l'hypercalcémie de l'hyperparathyroïdie primaire (HPT I) est rare.
- Corrélation entre l'hypercalcémie et la poussée de pancréatite?
- Etiologies fréquentes : _ la lithiase biliaire
_ alcoolisme chronique

Matériels et méthode

Groupe A : HPT I et pancréatite aiguë.

- Etude multicentrique rétrospective
- 19 patients
- 14 femmes, 5 hommes
- Age moyen : 58,7 ans (14-84)
- Antécédents :
 - 7 cholécystectomies,
 - 1 hypertriglycéridémie traitée,
 - 1 éthylysme chronique.

Groupe B : HPT I.

- Etude multicentrique prospective
- 65 patients
- 55 femmes, 10 hommes
- Age moyen : 62,9 ans (31-83)
- Antécédents : 5 cholécystectomies.

Résultats (1)

1. Diagnostic de pancréatite aiguë

* GROUPE A :

- * Biologie : hyperamylasémie en moyenne à 11Xnormale
- * TDM abdominal : score de Balthazar (6 score A, 6 B, 4 C, 4 D)
- 1^{ère} poussée pour 80% des cas
- Eliminer l'origine biliaire (échographie abdominale systématique, 2 biliIRM négatives), alcoolique, malformative ou secondaire à une hypertriglycéridémie

* GROUPE B :

Amylasémie normale.

Résultats (2)

2. Diagnostic de l'hyperparathyroïdie primaire

	GROUPE A	GROUPE B
Calcémie (mmol/l)	3,16 (2,82-3,95)	2,82 (2,5-3,93)
PTH (pg/l)	204,57 (75-816)	179 (43-3652)

p<0,0001



**hypercalcémie et hyperparathormonémie =
hyperparathyroïdie primaire**

Résultats (3)

1. Traitement médical symptomatique de la pancréatite pour le groupe A
2. Traitement médical de l'hypercalcémie dans les 2 groupes
3. CERVICOTOMIE EXPLORATRICE EN SEMI-URGENCE pour les 2 groupes

	GROUPE A	GROUPE B
Adénome parathyroïdien	15	57
Hyperplasie parathyroïdienne	4	8
Poids moyen (g)	1,7 (0,15-8)	1,5 (0,34-3,2)

Résultats (4)

- Suivi :

GRUPE A

Sur 1 an

1 récive (NEM 1) à 1 an

GRUPE B

Sur 1 an

Aucune récive

- Comparaison des 2 groupes :

* Comparables statistiquement sur l'âge / sex ratio / nombre de glandes réséquées / PTH / anatomopathologie

* Seul facteur prédictif retrouvé : **TAUX DE CALCEMIE**

Discussion (1)


- Association dans 1 à 8% des cas
- Lien de causalité, même si pas de preuve expérimentale formelle

Seul Bess [*JAMA*, 1980] reste sceptique

- Actuellement, un taux élevé de calcémie est l'élément le plus important dans le développement d'une pancréatite aiguë
- Physiopathologie :
multiples controverses, encore d'actualité
la pancréatite aiguë est une conséquence de l'hypercalcémie,
et non l'inverse

Discussion (2)

- Proye [*Chir.*, 1986] : 403 cervicotomies pour HPT I
dont 14 avec pancréatite aiguë

2 hypothèses :  CIVD locale, lésions nécrotiques
activation du trypsinogène en trypsine
active entraînant une autodigestion de la glande

- Van Lanschot [*The netherlands J. C.*, 1984] : explications non
suffisantes, car toute hypercalcémie n'entraîne pas de
pancréatite

Rôle de la PTH? Action toxique directe sur le pancréas

Association hypercalcémie-hyperparathormonémie [*Prinz, The Am. Surg.*, 1985 ; *Sitges-Serra, Br. J. Surg.*, 1988]

Pas d'étude récente sur cette association.

Discussion (3)

	année	Nombre patients	Hyperplasie parathyroïdienne	Adénome parathyroïdien	Adénome +hyperplasie	Récidive pancréatite
BESS	1980	17	3	14	0	-
PRINZ	1985	5*	1	3	0	0
PROYE	1986	14	3	7	4	0
SHE-PHERD	1996	7*	2	4	0	0
AGAR-WAL	2003	6°	0	4	0	1
Notre série	95-03	84	12	72	0	1

*1 décès ; ° 1 décès, 1 carcinome parathyroïdien

Discussion (4)

- Adénome : 80%
- Hyperplasie : 15%
- **Chirurgie = le traitement de référence de l'HPT I**
- Bénéfices° :
 - 1) normalisation de la calcémie dans 100%
➡ amélioration voire guérison des lésions pancréatiques
 - 2) Évite les récurrences de pancréatite
 - 3) Pour autres symptômes de l'HPT I, MAIS pas pour le risque cardiovasculaire
 - 4) Taux de mortalité plus faible

Discussion (5)

Pancréatite après cervicotomie pour HPT I :

- Association controversée
- Pathogénie?
- Shepherd/Solis-Caxaj : * stress chirurgical
 - * manipulation de la glande avec prolongation du temps opératoire
 - * formation de microthrombi ou caillots en intra pancréatique, en réponse à l'hypocalcémie induite par la chirurgie.
- Pancréatite vraie \neq hyperamylasémie (fraction salivaire)

Conclusion

- Le taux d'hypercalcémie est le seul facteur prédictif retrouvé
- Bilan phosphocalcique pour tout patient ayant une pancréatite aiguë
- Toute symptomatologie abdominale chez un patient hyperparathyroïdien doit faire rechercher une pancréatite aiguë
- Cervicotomie exploratrice chez tout patient hyperparathyroïdien
- La pancréatite post-cervicotomie est exceptionnelle, son risque n'étant pas supérieur à celui pour une chirurgie abdominale, quelle qu'elle soit.

Remerciements à toutes les personnes m'ayant
aidé pour ce mémoire :

Pr A. HAMY, Dr P.PESSAUX, Dr M.
MATHONNET, Pr HENRY, Dr SEBAG, Pr L.
BRUNAUD, Pr L. BRESLER, Pr JL KRAIMPS,
Dr H. GIBELIN, Pr J. LEBORGNE, Pr JC.
LENEEL, Dr G. MEURETTE, Dr E. MIRALLIE.