

ASSOCIATION ÉPIPHYSIOLYSE FÉMORALE SUPÉRIEURE ET HYPERPARATHYROIDIE PRIMAIRE : À PROPOS D'UN CAS

D. BEN SALAH, N. REKIK, M. AMMAR, F. HADJ KACEM, F. MNIF, M. ABID
SERVICE D' ENDOCRINOLOGIE-DIABÉTOLOGIE CHU HÉDI CHAKER SFAX

Introduction:

L'hyperparathyroïdie primaire (HPT1) atteint classiquement le sujet âgé. Les formes juvéniles sont rares et posent des problèmes diagnostiques et thérapeutiques particuliers. Elles se révèlent le plus souvent par une symptomatologie urinaire ou par la décompensation d'une hypercalcémie aiguë. Le mode de révélation osseux n'est pas habituel et en particulier la présence d'épiphysiolysse de la tête fémorale (EFS).

Méthodologie :

Nous rapportons l'observation d'une jeune patiente hospitalisée au service d'endocrinologie à l'hôpital Hedi Chaker Sfax, présentant une hyperparathyroïdie primaire (HPT1) révélée par une EFS bilatérale.

Observation:

Age	14 ans
Motif	Douleurs au niveau de la hanche impotence à la marche
Lésion osseuse en cause	EFS

Tableau 1. caractéristiques générales de la patiente

Calcémie mmol/l	3,23
Phosphorémie mmol/l	0,7
Vit D ng/ml	<8
PTH pg/ml	1496
Calciurie de 24h mmol/l	11

Tableau 2. Les éléments du diagnostic positif le retentissement était uniquement osseux chez la patiente.

DMO	ostéopénie
Radiographies standard: Rx bassin	-Epiphysiolysse fémorale supérieure bilatérale, nécrose de la tête fémorale
Rx mains	-Image géodique

Tableau 3. retentissement osseux de la patiente



Figure 1. radiographie des mains et du bassin de la patiente
Fig. 2. TDM cervico-thoracique de la patiente

Échographie cervicale	Sans anomalie
Scintigraphie parathyroïdienne	Nodule parathyroïdien inférieur gauche
TDM cervico-thoracique	Masse tissulaire médiastinale antero-supérieure gauche retro et sous thyroïdienne 2 x 2.5 cm (fig2)

Tableau 4. bilan topographique de l' HPT1

La patiente a bénéficiée d'une parathyroïdectomie. L'étude anatomopathologique était en faveur d'un adénome bénin. En post opératoire, elle avait présenté une hypocalcémie en rapport avec un hungry bone syndrome, nécessitant un traitement vitaminocalcique substitutif. L'épiphysiolysse a été respectée. L'évolution clinique est bonne à 1 an post opératoire.

Discussion:

L'épiphysiolysse fémorale supérieure (EFS) est une affection touchant la hanche du grand enfant et de l'adolescent. Elle se traduit par le glissement de l'épiphyse fémorale supérieure sur sa métaphyse, l'association à une HPT1 est rare. En effet, les formes juvéniles sont rares et le tableau clinique est dominé de façon très caractéristique par les formes rénales associant néphrocalcinose et lithiase urinaire récidivante, retrouvées dans les deux tiers des cas dans la série de O. Monneuse (1), et dans 40 % des cas de la série de la Mayo Clinic (2). chez les sujets jeunes les signes osseux au premier plan, peuvent révéler l'affection dans de rares cas, (3) (4) un cas sur 24 dans la série de O. Monneuse (1). L'association HPT 1 et EFS est encore plus rare. Le mécanisme physiopathologique de cette association est mal élucidé. Dans les 3 cas d'HPT 1 avec EFS, rapportés dans la littérature (5-6), la soudure du cartilage cervico-céphalique a été retardée, ce qui a prédisposé au glissement épiphysaire. La conduite thérapeutique devant une HPTP associée à une EFS est la parathyroïdectomie. Dans les 2 cas rapportés par Chiroff *et al.*(5) et Bone *et al.* (5) la parathyroïdectomie a permis à elle seule la guérison de l'EFS. Cependant, un traitement complémentaire, avec fixation de l'épiphyse fémorale supérieure par ostéosynthèse, paraît utile.

Conclusion:

Le mode de révélation osseux de l' HPT1 du sujet jeune n'est pas habituel et en particulier la présence d'EFS. La pathogénie de l'association EFS et HPT1 n'est pas claire. La parathyroïdectomie peut permettre, à elle seule, la guérison de l'épiphysiolysse.

1. O. Monneuse, Hyperparathyroïdies primaires juvéniles. À propos de 24 observations, Ann Chir 2002 ; 127 : 276-80
2. Harman CR, Van Heerden JA, Farley DR, Grant CS, Thompson GB, Curlee K. Sporadic primary hyperparathyroidism in young patients: a separate disease entity? Arch Surg 1999 ; 134 : 651-5.
3. Kauffmann C, Leroy B, Sinmassamy P, Carlioz H, Gruner M, Bensman A. A rare cause of bone pain in children : primary hyperparathyroidism caused by adenoma. Arch Fr Pediatr 1993 ; 50 : 771-4.
4. Kone-Pant L, Casha P, Paik C, Alessandrini P, Bernard JL. Parathyroid adenoma in a child. Pediatric 1993 ; 48 : 469-72.
5. Harman CR, Van Heerden JA, Farley DR, *et al.* Sporadic primary hyperparathyroidism in young patients: a separate disease entity? Arch Surg, 1999; 134 : 651-6.
6. Speer DP, Pitt MT. Peripheral and central contours of the growth plate. Trans Orthop Res Soc, 1982; 7 : 53.