

Adénome parathyroïdien à localisation ectopique A PROPOS D'UN CAS

Y. Lakhoua, I. Ben Naçef, I. Rojbi, Z. Jenwiz, S. Makni, N. M'chirgui,
K. Khiari, N. Ben Abdallah.

Service de Diabétologie- Endocrinologie . Hôpital Charles Nicolle. Tunis - Tunisie.

INTRODUCTION

Le dosage systématique de la calcémie a permis de diagnostiquer précocement l'hyperparathyroïdie primaire (HPP) souvent sous formes asymptomatiques. Elle est ainsi diagnostiquée fortuitement dans plus de 50% des cas ; il se pose alors le problème de localisation de la lésion sécrétante et de la prise en charge thérapeutique.

OBSERVATION

Patiente âgée de 44 ans opérée en 2008 pour goitre actuellement sous traitement substitutif. EN 2014 découverte fortuite suite à un bilan systématique d'une hypercalcémie à 2.8 mmol/l.

L'examen à cette date note la notion de paresthésie aux niveaux des membres, des douleurs osseuses et chutes des cheveux sans la notion de coliques néphrétiques.

Le bilan biologique fait en avril 2014 montre une hyperparathyroïdie normocalcémique avec déficit en vitamine D (PTH 429 pg/ml calcémie 2.61 mmol/l, Phosphorémie à 0.66 mmol/l et VIT D <8.1 ng/ml).

Les explorations radiologiques (échographie cervicale, scintigraphie parathyroïdienne au MIBI) n'ont pas objectivé de masse parathyroïdienne et la malade a été supplémentée à base de la vitamine D (stérogyl : 4 gtte/j).

Un contrôle 2 mois après objective une hyperparathyroïdie primaire (PTH 368 pg/ml, calcémie à 2.75 mmol/l et une phosphorémie à 0.86 mmol/L)

Un angioscanner cervicothoracique fait le 11-07-2014 montre un nodule tissulaire de 10 X 8 mm de la loge thymique avec un thymus hypertrophié à bord convexe pouvant être en rapport avec un adénome parathyroïdien (fig1).

Une scintigraphie parathyroïdienne au MIBI a été faite confirme la présence d'un nodule au niveau de la loge thymique.

A noter la découverte de deux masses surrénales lors des coupes faite à l'angioscanner cervicothoracique mesurant à droite 22 mm et à gauche 11 mm non sécrétants aux explorations hormonales (test de frénation minute et les dérivés méthoxylés).

La patiente a été opérée en octobre 2014, le geste était une thymectomie avec confirmation de l'adénome parathyroïdien intrathymique à l'examen anatomopathologique.

Les suites opératoires étaient simples avec normalisation de la calcémie mais la PTH était à la limite supérieure de la normale expliquée très probablement par le déficit en vitamine D.

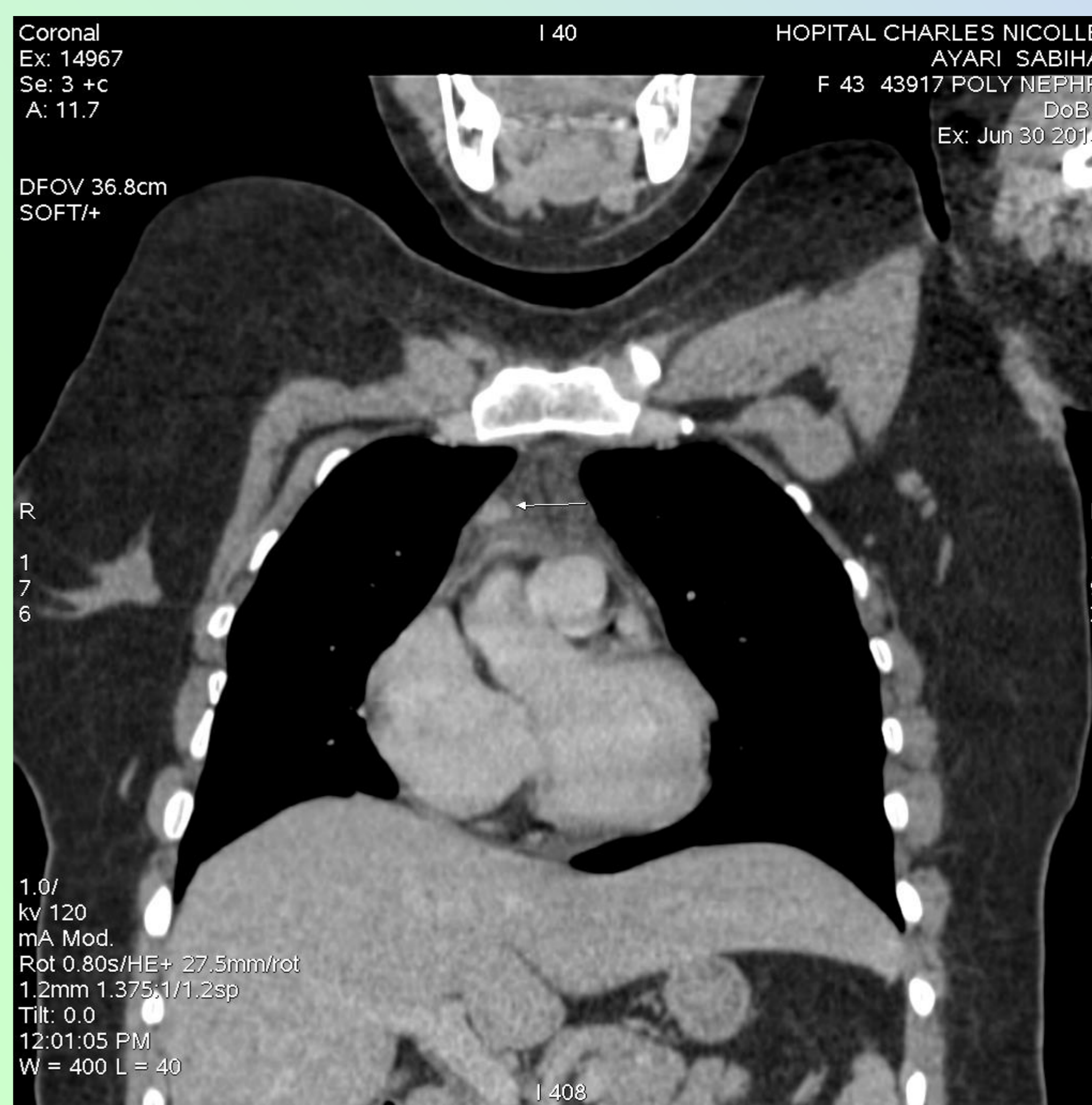


Fig. 1: adénome parathyroïdien au niveau de la loge thymique

DISCUSSION- CONCLUSION

Les formes asymptomatiques sont les plus fréquentes et le diagnostic d'HPTP repose sur la biologie objectivant une hypercalcémie, une hypophosphorémie et une élévation de la PTH. Les formes normocalcémiques sont également fréquentes, en rapport souvent avec un déficit en vitamine D

Les premiers examens radiologiques pour localiser l'adénome afin de guider et de faciliter le geste chirurgical sont : l'échographie cervicale qui est opérateur dépendant, sa sensibilité varie entre 51 et 84% alors que sa spécificité est médiocre (30% pour certain) et la scintigraphie au MIBI qui a une sensibilité de 73% à 96% ; elle a pour avantage de pouvoir détecter les glandes parathyroïdes pathologiques de localisation ectopique.

Cinq à 15% des glandes parathyroïdes sont en situation ectopique : 10% dans le médiastin antérieur en situation intrathoracique, 1 à 3% en situation intra thyroïdienne, 1% en situation rétro oesophagienne et 3-5% dans le médiastin postérieur.

L'HPP asymptomatique contribue à une baisse de la masse osseuse dans 80% des cas. Sa fréquence chez la femme notamment après la ménopause impose le dosage de la vitamine D dont le déficit favorise aussi la raréfaction et la fragilité osseuses.

La fréquence d'une HPP normocalcémique n'est pas bien connue. Deux études à disposition, menées dans des populations ostéopéniques et ostéoporotiques de femmes atteintes ou indemnes de cancer du sein avant introduction d'anti-aromatases, aboutissent à une fréquence non négligeables d'HPP normocalcémique, chiffrée entre 3% à 5.7%, alors que la fréquence des HPP hypercalcémiques ne dépasse pas 1.7% à 7%.

L'HPP normocalcémique est donc une entité réelle qui paraît avoir un retentissement conduisant à une même attitude de prise en charge que les HPP hypercalcémiques, il faut cependant écarter de manière très rigoureuse toutes les causes d'HP secondaire.