

Prise en charge et incidence de l'hypocalcémie post thyroïdectomie totale

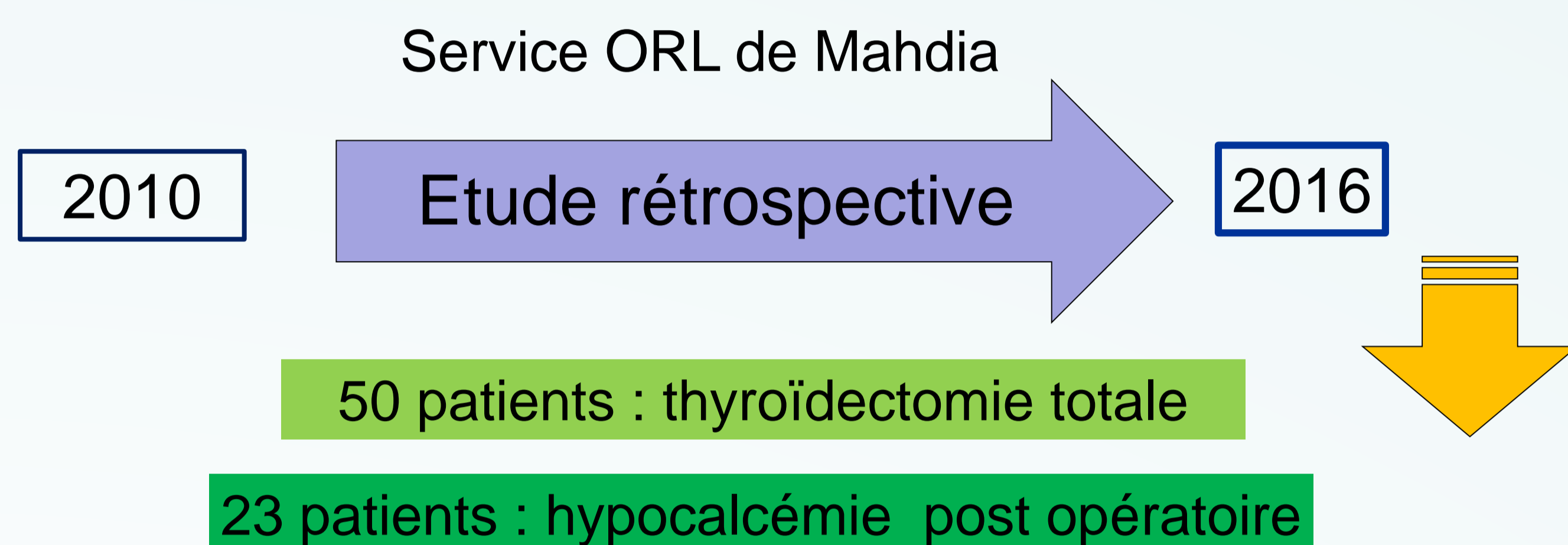
M. Masmoudi^{*a} (Dr), N. Ben Hamida^a (Dr), B. Zantour^b (Dr), A. Zaydi^a (Dr), S. Jelleli^a (Dr), K. Mighri^a (Dr),
N. Driss^a (Pr)

Service ORL et CCF, Mahdia, TUNISIE ; ^b service endocrinologie, Mahdia, TUNISIE

INTRODUCTION

- L'hypocalcémie est une complication connue de la thyroïdectomie. Elle peut être profonde, mais est réversible dans de nombreux cas
- Elle constitue la complication la plus fréquente de la thyroïdectomie.
- Le but de cette étude est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques, étiopathogéniques et thérapeutiques de l'hypocalcémie post-thyroïdectomie

PATIENTS ET METHODES



RESULTATS

- **Age moyen** : 46,78 ans [35 et 85ans]
- **Genre** : femmes (100%)
- **Calcémie préopératoire** : normale dans tous les cas
- **Constatations per-opératoires** : Les 4 parathyroïdes ont été préservées dans tous les cas
- Un dosage systématique de la calcémie a été réalisé à J3 en dehors des hypocalcémies symptomatiques.
- **Délai moyen de survenue d'hypocalcémie** : 3 jours [1 et 5 jours]
- **Clinique** : elle était symptomatique dans 14 cas (60 %) :
 - paresthésies des extrémités a été notée chez tous les patients symptomatiques
 - une crise de tétanie était survenue chez 5 patientes.
- **Traitement** : supplémentation orale par du gluconate de calcium (3grammes/j) et de Vit D (1à 3 microgrammes) dans tous les cas.
 - Supplémentation intraveineuse par du gluconate de calcium : 12 patients au moment des crises (52 %).
 - Durée moyenne : 45 jours en post opératoire [1 ; 3 mois]
- **Evolution**: Une seule patiente a développé une hypocalcémie permanente.

DISCUSSION

- L'hypocalcémie : complication fréquente au cours d'une thyroïdectomie totale dont l'incidence peut atteindre 50 % pour les hypocalcémies transitoires (<6 mois) et 4% pour celles qui sont permanentes. (> 6 mois)
- Elle est due essentiellement à une atteinte iatrogène de la vascularisation des glandes parathyroïdes ou à leur ablation accidentelle
- **Facteurs de risque prédictifs d'hypocalcémie post op** la calcémie et le taux de Vit D en préopératoire , la non identification des glandes parathyroïdes en per-opératoire , le Syndrome de Grave ...
- **Clinique** : essentiellement par des paresthésies peri-buccale et des extrémités , voir une crise de tétanie avec signe de Chovstek et Trousseau positifs
- **Prise en charge** : urgente
- **dans les formes peu sévères [1,75 ; 2,1 mmol/l]**
 - une supplémentation orale par le gluconate de calcium à la dose de 3g / j à distance de la prise du traitement hormonal substitutif + Vit D : **Calcitriol** (0,25 à 2 µg/j) , cette dernière ne doit pas être administrée d'emblée selon B.Aupy et al .
- **Dans les formes sévères (<1,75)**
 - une supplémentation IV de 15mg/kg de calcium éléments sur 4 à 6 heures suivie d'un relais per os est préconisé avec monitoring électrocardiographique .
- **Dans les formes réfractaires**
 - une supplémentation par Magnésium est recommandée voir un traitement par la PTH elle-même dont les résultats sont controversés .
- Ce traitement doit être adapté à la calcémie de contrôle et à la symptomatologie ,il ne doit pas être excessif ce qui retarderait le rétablissement d'une activité parathyroïdienne compromise chirurgicalement .
- **Evolution**
 - 7 ème et 14 ème jour après le début du traitement substitutif par le calcium
 - une calcémie <ou = 1,9 mmol/l ou prédispose à un risque élevé de développer une hypocalcémie définitive à 1 an

CONCLUSION

- La surveillance clinique et biologique en postopératoire précoce des patients ayant subi une thyroïdectomie totale et présentant des facteurs prédisposants doit permettre d'éviter la survenue d'une hypocalcémie aiguë
- Le traitement per os associant calcium et, dans un deuxième temps, vitamine D, est la plupart du temps suffisant
- L'hypocalcémie post opératoire est souvent transitoire