

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

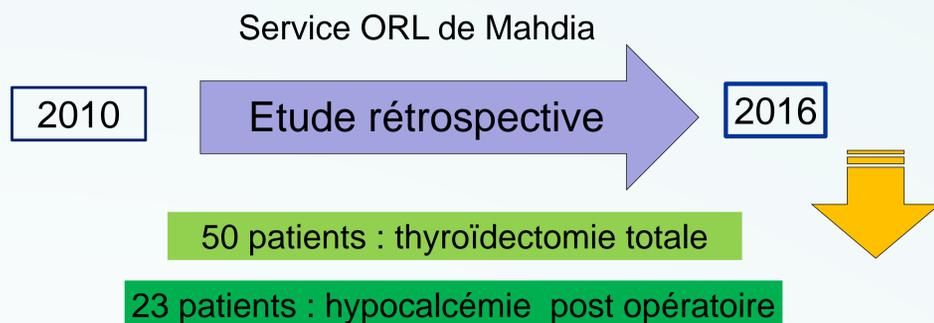
M. Masmoudi<sup>\*a</sup> (Dr), N. Ben Hamida<sup>a</sup> (Dr), B. Zantour<sup>b</sup> (Dr), A. Zaydi<sup>a</sup> (Dr), S. Jelleli<sup>a</sup> (Dr), K. Mighri<sup>a</sup> (Dr), N. Driss<sup>a</sup> (Pr)

Service ORL et CCF, Mahdia, TUNISIE ; <sup>b</sup> 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