

# Un cas historique d'hyperparathyroïdie primitive.

A. Bouchenna- M. Benfiata- K. El Djouheur- A. Chikh- EM. Heffaf- S. Ould Kablia.  
Hôpital central de l'armée Alger

## **Introduction :**

L'hyperparathyroïdie primitive est la 3ème endocrinopathie la plus fréquente après le diabète sucré et la pathologie thyroïdienne. Le diagnostic est de plus en plus établi chez des patients asymptomatiques (plus de 80% des cas), si bien que les signes cliniques sont oubliés ; du fait du dosage routinier de la calcémie et de l'amélioration des techniques de dosage de la parathormone 1-84. Nous rapportons le cas d'une patiente atteinte d'une hyperparathyroïdie primitive dont le retard diagnostique en a fait une forme historique.

## **Observation :**

Patiente âgée de 53ans, hypertendue, aux antécédents familiaux de lithiases rénales chez un frère.

Suivie pour lithiases rénales droites évoluant depuis 8ans. Devant l'apparition d'hydronephrose et la bilatéralisation des lésions un bilan phosphocalcique est demandé; retrouvant une hypercalcémie majeure à 3,4mmol/l, une PTH à 10fois la normale, vitamine D à 40ng/ml portant le diagnostic d'hyperparathyroïdie primaire.

L'examen clinique retrouve des signes cliniques d'hypercalcémie: asthénie, syndrome dépressif, douleurs abdominales, nausées, constipation, syndrome

polyuro-polydypsique, sur le plan osseux douleurs diffuses, une impotence fonctionnelle gauche, sans retentissement cardiaque .

L'exploration morphologique retrouve:

À l'échographie cervicale une thyroïde atrophique avec un nodule parathyroïdien polaire inférieur droit hypoéchogène richement vascularisé de 12x8mm A la scintigraphie thyroïdienne un adénome parathyroïdien basilobaire droit.

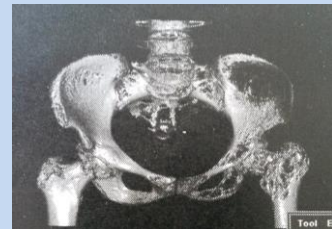
Sur le plan osseux la TDM objective une déminéralisation diffuse, des tumeurs brunes de l'extrémité supérieure du fémur gauche compliquée d'une fracture du col du fémur gauche, à la DMO ostéoporose sévère T score -4,3 au niveau de l'os cortical, -4,1 au niveau de l'os trabéculaire.

Sur le plan rénal à l'uroscanner: macrolithiases rénales gauches, macrolithiase de l'uretère lombaire gauche, microlithiase rénale droite.

Après avoir jugulé l'urgence de la calcémie, la patiente a bénéficié d'une parathyroïdectomie par voie mini-invasive avec chute de la PTH de 60%, les suites opératoires marquées par l'installation d'une hypocalcémie mise sous traitement.

L'étude anatomo-pathologique : adénome à cellules principales de la parathyroïde.

Par ailleurs, elle est adressée en orthopédie pour prothèse totale de hanche après reminéralisation de l'os.



TDM bassin: tumeurs brunes et fractures du fémur

## **Discussion:**

Notre observation élucide des manifestations osseuses et rénales classiquement décrites dans l'HPT, mais rarement révélatrices.

L'atteinte osseuse concerne essentiellement les stades très tardifs de la maladie. Elle représentait avant 1965, 23 % des manifestations cliniques et paracliniques et depuis 1986 uniquement 2 % .

Les tumeurs brunes associent de façon variable des modifications consécutives à la résorption osseuse et à l'ostéosclérose, il y a une vingtaine d'années leurs incidences étaient de 1,5 à 1,7 % dans l'HPT secondaire et de 3 % dans l'HPT primaire .

De nos jours leur constatation révèle un dysfonctionnement sérieux dans le diagnostic et la prise en charge de ces lésions qui

peuvent être confondues avec de véritables tumeurs nasosinusiennes.

L'atteinte rénale avec lithiase n'est actuellement présente que dans 20% des cas (50% des cas en 1965). L'HPP représente 5 à 10% des étiologies des lithiases rénales; la découverte de lithiase rénale ou d'insuffisance rénale débutante impose la réalisation d'un bilan phosphocalcique . Dans notre observation la prescription de ce bilan au départ aurait épargné toutes ces complications.

## **Conclusion:**

Il est plus que nécessaire de demander un bilan biologique a minima devant toute lithiase rénale ou toute lésion osseuse suspecte, même dans un contexte de traumatisme.

**Conflits d'intérêt:** aucun.

## **Références :**

Disseminated brown tumors revealing primary hyperparathyroidism B. Ben Dhaou, Médecine Nucléaire 37 (2013) 52–55

An unusual presentation of primary hyperparathyroidism: Severe hypercalcemia and multiple brown tumors Anne Jouan, Revue du Rhumatisme 75 (2008) 289–291

Risque fracturaire de l'hyperparathyroïdie. Revue du rhumatisme 79 (2012) 294–296