

Hématome cervical antérieur révélant une hyperparathyroïdie : à propos d'un cas.

F. Defrance (1), L. Vanhove (1), H. Topolinski (1), C. Gillot (1), JP. Bizard (2), B. Makki (3), C. Lemaire (1)

(1) Service d'endocrinologie - CH de Béthune, Béthune, FRANCE, (2) Polyclinique des Bonnettes, Arras, FRANCE

(3) Service de médecine nucléaire - CH de Béthune, Béthune, FRANCE

Introduction :

L'hyperparathyroïdie primaire est souvent infra clinique, parfois symptomatique et peut alors être révélée par une complication de type fracture, lithiase urinaire ou hypercalcémie aiguë.

Nous rapportons le cas d'une patiente dont l'hyperparathyroïdie s'est révélée par un hématome cervical antérieur.



Fig. 1 : Hématome cervical antérieur spontané

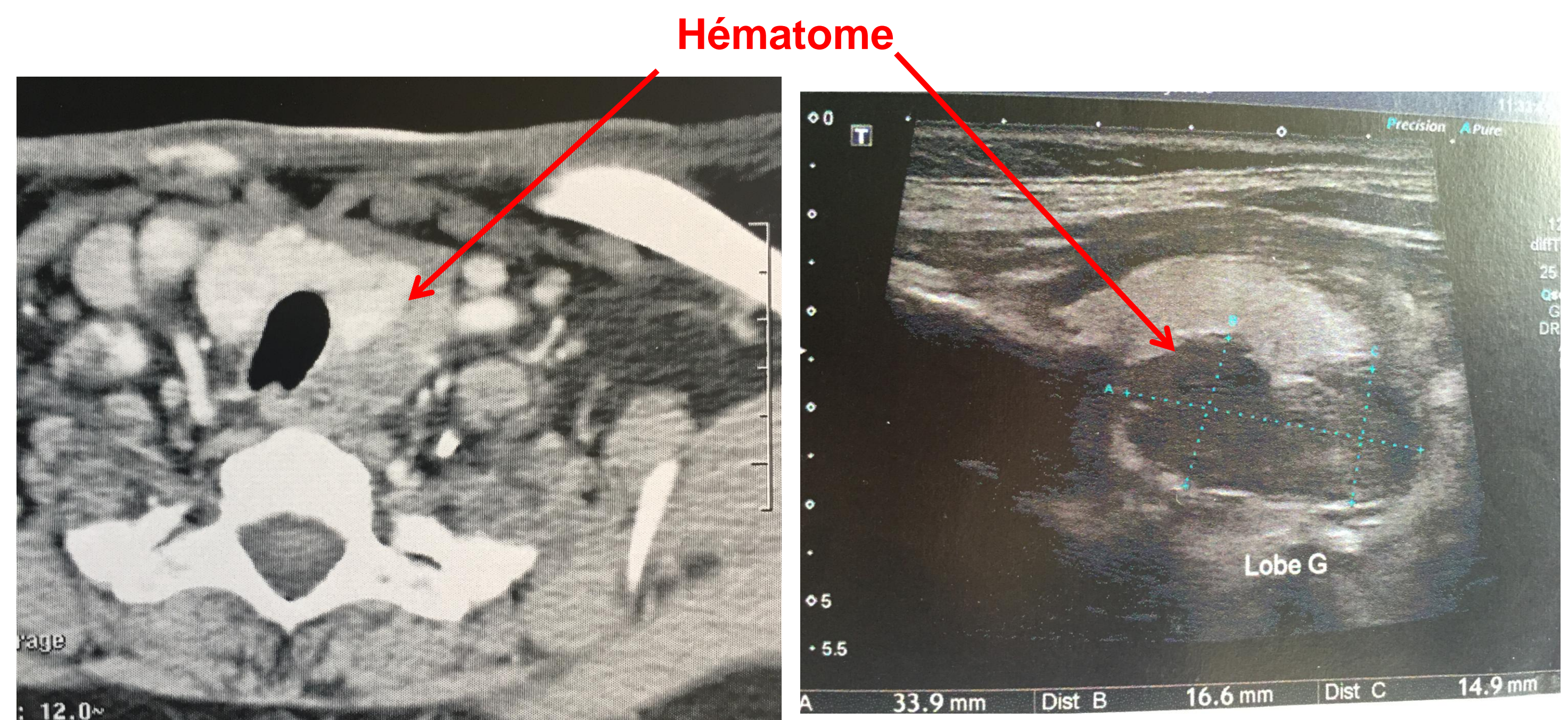


Fig. 2 : Scanner et échographie cervicaux initiaux

Observation :

La patiente, âgée de 67 ans, sans antécédent significatif a présenté un malaise qui a conduit à la prescription d'un anti agrégant plaquettaire.

Deux mois plus tard, elle présente une ecchymose cervicale antérieure spontanée, douloureuse avec dysphagie (Fig. 1).

Le scanner et l'échographie montrent une image rétro-thyroïdienne gauche avec déviation trachéale, sans compression (Fig. 2). Le bilan phosphocalcique était normal.

Un mois plus tard, apparaît un tableau d'hyperparathyroïdie primaire avec calcémie corrigée à 107 mg/L (85-100), phosphorémie à 24 mg/L (25-45), PTH 185 pg/ml (10-65), en regard d'une 25OH vit D basse 23 ng/ml (> 30), qui sera corrigée.

A distance de l'épisode aigu, l'échographie cervicale confirme un aspect d'hypertrophie parathyroïdienne inférieure gauche (Fig. 3), confirmé en scintigraphie au MIBI-Tc

Le bilan de retentissement montrant des micro-lithiases urinaires, une chirurgie est décidée.

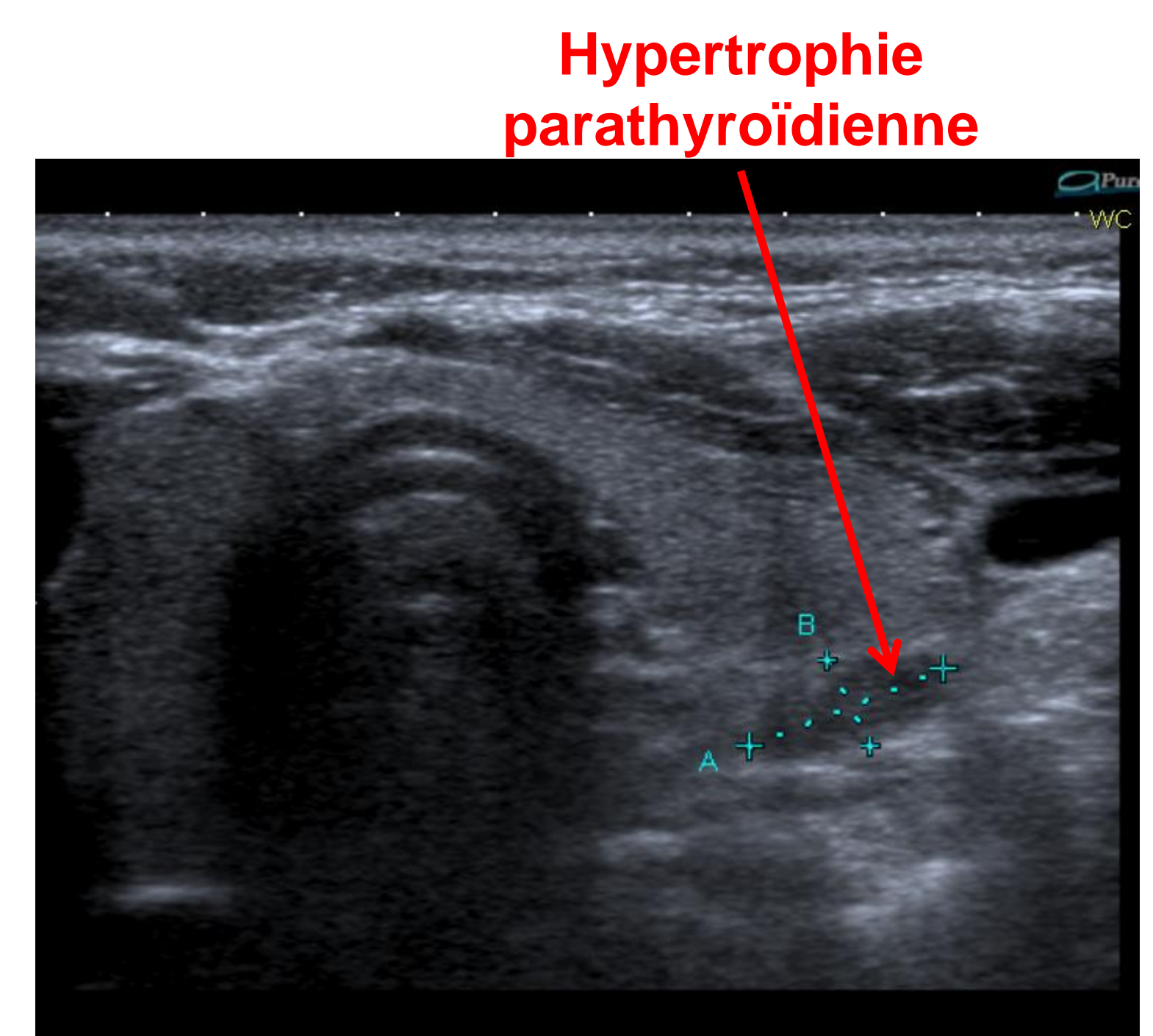


Fig. 3 : Echographie thyroïdienne 3 mois après l'écchymose

Evolution :

Une cervicotomie gauche (difficile en raison d'adhérences liées au saignement initial) confirme un nodule d'origine parathyroïdienne dont l'examen anatomopathologique ne peut préciser le caractère adénomateux ou hyperplasique compte tenu des séquelles de l'hémorragie. En post-opératoire immédiat, la biologie est normalisée.

Dix mois après la chirurgie, le bilan biologique n'est plus tout à fait normal avec Calcémie à 102 mg/L, phosphorémie à 25 mg/L, PTH 140 pg/ml, 25OH vit D 35 ng/ml.

En échographie, on retrouve en lieu place de l'image initiale une petite image de 4 mm compatible avec une image parathyroïdienne (Fig. 4), sans traduction scintigraphique.

En l'absence de critère interventionnel de l'hyperparathyroïdie, la patiente est simplement surveillée.

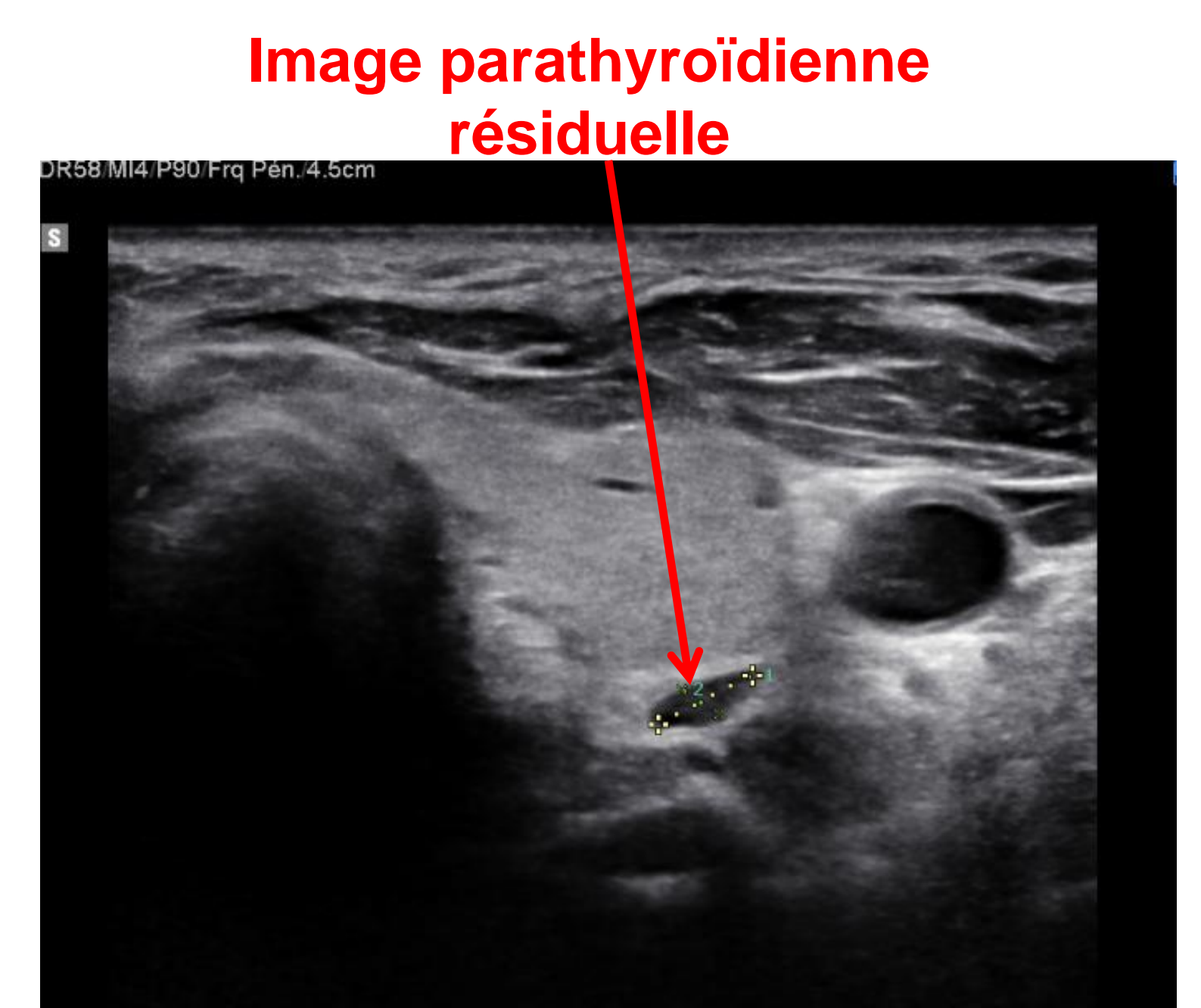


Fig. 4 : Echographie thyroïdienne 10 mois après la chirurgie

Discussion :

L'hémorragie est une complication exceptionnelle mais déjà décrite de l'hyperparathyroïdie, elle peut révéler ou compliquer un adénome connu, un peu comme l'apoplexie d'un adénome hypophysaire.

Sur Pub med, environ une trentaine de cas sont rapportés (1, 2, 3), montrant le profil fréquent d'amélioration transitoire et de récurrence à distance du saignement de l'hyperparathyroïdie (1), comme chez notre patiente.

Le saignement peut être déclenché par une cytoponction (4), il est le plus souvent impressionnant pour le patient mais modéré. Il peut rarement être compressif sur les voies aéro-digestives (5), pouvant mener à une prise en charge urgente, mais le plus souvent l'intervention peut être différée. C'est une manifestation que les ORL et endocrinologues doivent connaître afin de ne pas omettre l'exploration phospho-calcique devant un hématome cervical inexplicé.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

(1) Osorio Silla I et al., *Endocrinol Nutr.* 2014 Jan; 61(1):e5-6

(2) Kihara M, et al. *Surg Today.* 2001;31(3):222-4.

(3) Chaffanjon PC, et al. *World J Surg.* 2003 Jan;27(1):14-7

(4) Maxwell JH, et al. *Thyroid.* 2011 Jul;21(7):805-8

(5) Garrahy A, et al. *BMC Endocr Disord.* 2017 Jun 21;17(1):35