

# Hyperemesis gravidarum révélant deux endocrinopathies

C. Condomines<sup>a</sup>, Dr O. Gilly<sup>a</sup>, Pr B. Lallemand<sup>b</sup>, Dr E. Mousty<sup>c</sup>, Dr AC. Verier<sup>a</sup>, Dr V. Cosma<sup>a</sup>,  
Dr AM. Guedj<sup>a</sup>, Dr M. Rodier<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Maladies Métaboliques et Endocriniennes, Nîmes, FRANCE ;  
<sup>b</sup> ORL, Nîmes, FRANCE ; <sup>c</sup> Gynécologie Obstétrique, Nîmes, FRANCE



**Introduction :** L'hyperémésis gravidarum est classiquement décrit dans les grossesses gémellaires. Les taux élevés d'HCG entraînent une hyperthyroïdie par fixation et stimulation de l'HCG sur les récepteurs de la TSH (analogie structurale de la TSH et de l'HCG). Cette hyperthyroïdie transitoire du premier trimestre exacerbe les vomissements et disparaît généralement après 16SA. L'hyperparathyroïdie pendant la grossesse est rare 0,15 à 1,4 % des grossesses compte tenu de l'âge et du caractère asymptomatique<sup>1</sup>. Habituellement lors de la gestation une PTHrP d'origine placentaire est sécrétée et prend le relais et la PTH maternelle qui diminue<sup>2</sup>.

**Observation :** Une patiente de 36 ans (G7P4) enceinte à 9 SA + 3 jours d'une grossesse gémellaire est hospitalisée en urgence pour vomissements incoercibles, déshydratation et amaigrissement de 2kg. A l'examen clinique, il existe des signes de déshydratation et un éréthisme cardio-vasculaire. La biologie retrouve une hyperthyroïdie : TSH à 0,02 mU/l (0.40-3.77) et une hypercalcémie à 3,49 mmol/l (2.15-2.50). On confirme une hyperthyroïdie sévère transitoire gestationnelle du premier trimestre (anticorps négatifs, T4L 94,6 pmol/l (N<22), T3L 26,5 pmol/l (N<8), HCG 250 000 UI/L, absence de nodule à l'échographie) et une hyperparathyroïdie primaire : hypophosphorémie à 0,50 mmol/l (0.80-1.45), PTH à 146 ng/ml (15-65), vitamine D à 11 nmol/l (75-250), hypercalciurie à 16,85 mmol/24h (2.5-7.5), fonction rénale normale, l'échographie met en évidence un adénome parathyroïdien inférieur gauche de 34 x 20 mm. L'hypercalcémie est traitée par hyperhydratation et l'hyperthyroïdie par faible dose de PTU rapidement arrêté devant la normalisation de la T4L et T3L parallèlement à la diminution de l'HCG. Devant la persistance de l'hypercalcémie et des risques obstétricaux et fœtaux, après discussion pluridisciplinaire, décision d'une exérèse chirurgicale de l'adénome parathyroïdien sous anesthésie locale et hypnose à 11 SA. La calcémie post opératoire est normalisée (2,45 mmol/l), la PTH indosable. L'histologie confirme le diagnostic d'adénome parathyroïdien. Le dépistage génétique à la recherche d'une pathologie prédisposante est négatif.



Adénome parathyroïdien inférieur gauche à l'échographie

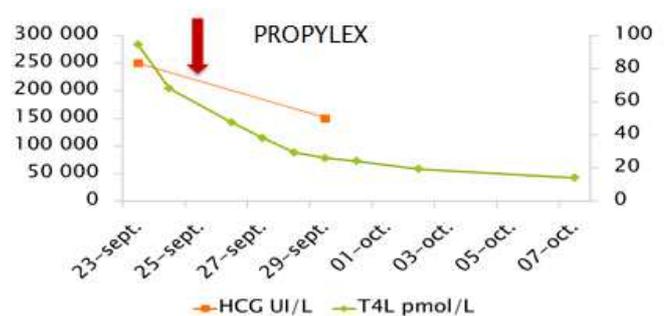


Schéma de décroissance de la T4L en parallèle de l'HCG. Flèche rouge : introduction du PTU

**Conclusion :** L'association hyperthyroïdie et hyperparathyroïdie dans cette situation a déjà été décrite<sup>3,4</sup>. Compte tenu des risques de l'hypercalcémie et du potentiel tératogène des traitements hypocalcémiants, une exérèse chirurgicale au 2e trimestre peut être recommandée<sup>5</sup>. Notre cas est singulier par la réalisation d'une chirurgie ciblée au premier trimestre, avec l'aide de l'hypnose.