



L'HYPOPARATHYROIDIE INDUITE PAR L'HYPOMAGNESEMIE

S. BILLET^a, P. GILET^a, N. KATTAN^a, J. DENIZOT^a, Dr MEILLET^a, Dr SCHILLO^a, Dr BOROT^a

^a Service de diabétologie-endocrinologie, CHU J. Minjoz, Besançon

INTRODUCTION

Nous rapportons les cas de 2 patientes présentant une hypoparathyroïdie induite par une hypomagnésémie.

OBSERVATION

Les dosages sont similaires pour les deux patientes :

Calcémie corrigée 1.93 mmol/L (N 2.12-2.52)

PTH 35 ng/mL inadaptée (N 14-72)

Phosphore 1.02 mmol/L (N 0.64-1.14)

25 hydroxyvitamine D 73 nmol/L (N 30-100)

Magnésémie 0.18 mmol/L (N 0.78-0.99)

Magnésium érythrocytaire 1.60 mmol/L (N 1.65-2.65)

Magnésurie < 0.08 mmol/24h.

Après substitution per os pour l'une, intra-veineuse puis per os pour l'autre patiente, les dosages de magnésémie se sont normalisés, permettant une correction lente du magnésium et de l'hypoparathyroïdie simultanément.



HYPOTHESES PHYSIOPATHOLOGIQUES

La carence en magnésium inhibe la sécrétion de la PTH et diminue son action en bloquant ses récepteurs au niveau osseux.

ETIOLOGIES

La carence en magnésium peut être liée à une malabsorption (maladie cœliaque, diarrhée chronique), une carence d'apports (anorexie) ou des pertes rénales (tubulopathie). La prise d'IPP doit également être recherchée (altération des canaux TRPM6/7 permettant l'absorption digestive du magnésium).

CONCLUSION

L'hypomagnésémie est une cause rare et peu connue d'hypoparathyroïdie qui doit être systématiquement évoquée en l'absence d'autre cause évidente.