

Une hypercalcémie révélant un adénocarcinome duodénal P403

M. Somai* (Dr), F. Daoud (Dr), L. Baili (Dr), I. Rachdi (Dr), Z. Ayedi (Dr), B. Ben Dhaou (Dr),
S. Kochbati (Pr), F. Boussema (Pr)

Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, TUNISIE

Introduction:

L'hypercalcémie présente un motif fréquent d'hospitalisation chez le sujet âgé, dont l'étiologie la plus fréquente est l'hyperparathyroïdie. La malabsorption intestinale chronique représente avec l'insuffisance rénale chronique les principales causes de l'hyperparathyroïdie tertiaire.

Nous rapportons une observation d'une hypercalcémie révélant une maladie cœliaque compliquée.

Observation:

Un patient âgé de 65 ans, sans antécédents pathologiques notables, tabagique, admis pour exploration d'une hypercalcémie avec une calcémie corrigée à 2.9 mmol/L et d'une anémie hypochrome microcytaire à 6 g/dL.

A l'examen, un état hémodynamique conservé, pas de saignement extériorisé, dénutrie, une pâleur conjonctivale et un état général moyen.

Les explorations biologiques ont objectivé en dehors de l'hypercalcémie, un syndrome de mal absorption avec une anémie carencielle mixte en fer avec ferritinémie basse et vitaminique avec folate sérique et dosage vitamine B12 bas, une hypoalbuminémie, une hypoprotidémie, hypocholestérolémie et hypotriglycéridémie. Une sérologie cœliaque demandée, revenue positive.

Une fibroscopie oeso-gastro-duodénale a conclu au niveau du duodénum, macroscopiquement à une maladie cœliaque dont les biopsies à ce niveau ont réconforté ce diagnostic. Par ailleurs au niveau de la portion D III du duodénum, une présence d'une grosse formation ulcéro-bourgeonnante avec des foyers de nécrose occupant plus que les 3/4 de la circonférence duodénale, non sténosante, mesurant environ 5 cm de grand axe, dont les biopsies ont conclu à un adénocarcinome duodénal infiltrant. Le patient a été mis sous régime sans gluten avec une bonne éducation. Un bilan d'extension avec un scanner thoraco-abdomino-pelvien, un entéroscanner et une scintigraphie osseuse, a infirmé une extension régionale et à distance.

Le patient a eu un traitement symptomatique pour cette hypercalcémie non compliquée. Le bilan étiologique de cette dernière a conclu à une hyperparathyroïdie avec dosage de la PTH à 20 fois la normale. L'échographie cervicale, la scintigraphie thyroïdienne et parathyroïdienne ont montré un volumineux adénome parathyroïdien inférieur gauche. La densitométrie osseuse comme bilan de retentissement de l'hyperparathyroïdie a montré une ostéoporose.

Le patient a été adressé aux chirurgiens viscéraux et oto-rhino-laryngologistes pour deux actes chirurgicaux en un seul temps.

Discussion:

Notre observation rapportait le cas rare d'une hypercalcémie secondaire à une hyperparathyroïdie tertiaire suite à une maladie cœliaque, qui est plutôt une entéropathie de l'enfant et de l'adulte plus ou moins jeune, dégénérée par un adénocarcinome duodénal chez un sujet âgé.

La MC, étant une entéropathie chronique, peut donner une hyperparathyroïdie secondaire en réponse à une hypocalcémie due à la malabsorption intestinale. Lorsque cette MC évolue pendant plusieurs années sans traitement, cela donne des adénomes parathyroïdiens autonomes responsables d'une hypercalcémie. L'ostéoporose chez notre patient était multifactorielle, tabagisme, hyperparathyroïdie et MC. L'adénocarcinome est le type histologique le plus fréquent des tumeurs du grêle mais le lymphome reste celui le plus associé à la MC.

Conclusion:

L'hypercalcémie chez le sujet âgé non insuffisant rénal devrait amener le clinicien à chercher une cause tumorale et/ou une entéropathie chronique. La MC, rare chez le sujet âgé, reste un diagnostic à évoquer devant tout un syndrome de mal absorption à n'importe quel âge et même chez un sujet âgé et asymptomatique, d'autant plus qu'un risque de dégénérescence existe.