

Réversion d'une chirurgie bariatrique malabsorptive pour hypocalcémie sévère réfractaire: à propos de deux cas

PA-136
Pas de lien
d'intérêt

M. Zaarour^a (Dr), M. Bretault^a (Dr), R. Zaharia^a (Dr), C. Jublanc^b (Dr), JL. Bouillot^c (Pr), H. Lefebvre^d (Pr), J. Aron-Wisniewsky^e (Dr), ML. Raffin-Sanson^a (Pr)

^a Service d'Endocrinologie Nutrition CHU Ambroise-Paré Boulogne-Billancourt, ^b Service d'Endocrinologie Métabolisme et Prévention cardiovasculaire, CHU Pitié-Salpêtrière Paris, ^c Service de Chirurgie Viscérale, CHU Ambroise-Paré Boulogne-Billancourt, ^d Service d'Endocrinologie, CHU Rouen, ^e Service de Nutrition, CHU Pitié-Salpêtrière Paris, FRANCE

INTRODUCTION: Les chirurgies cervicales peuvent se compliquer d'hypoparathyroïdie, dont le traitement repose sur la substitution vitamino calcique par voie orale. Cette correction devient un véritable défi après une chirurgie bariatrique malabsorptive et pose la question de la réversion chirurgicale. Nous rapportons le suivi de 2 patientes pour qui cette solution a été choisie.

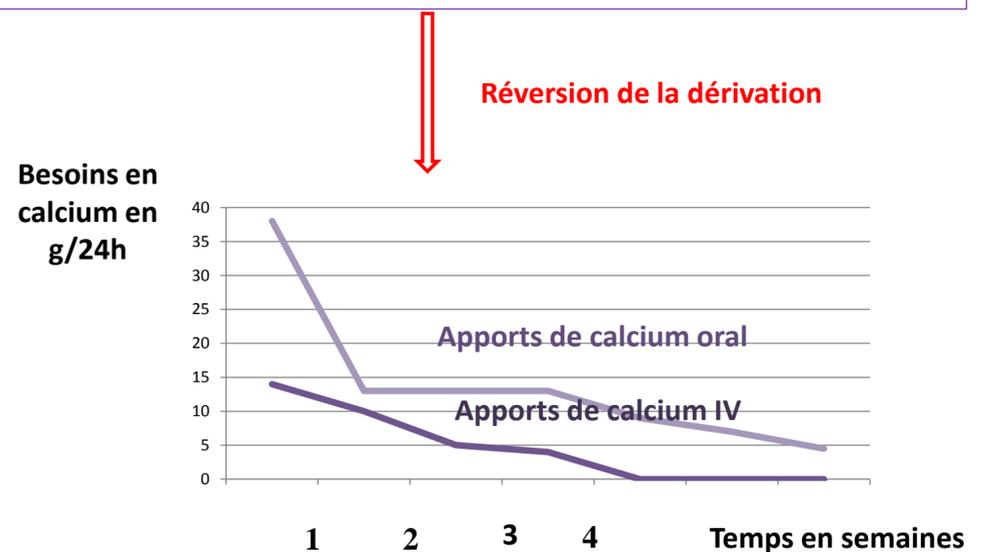
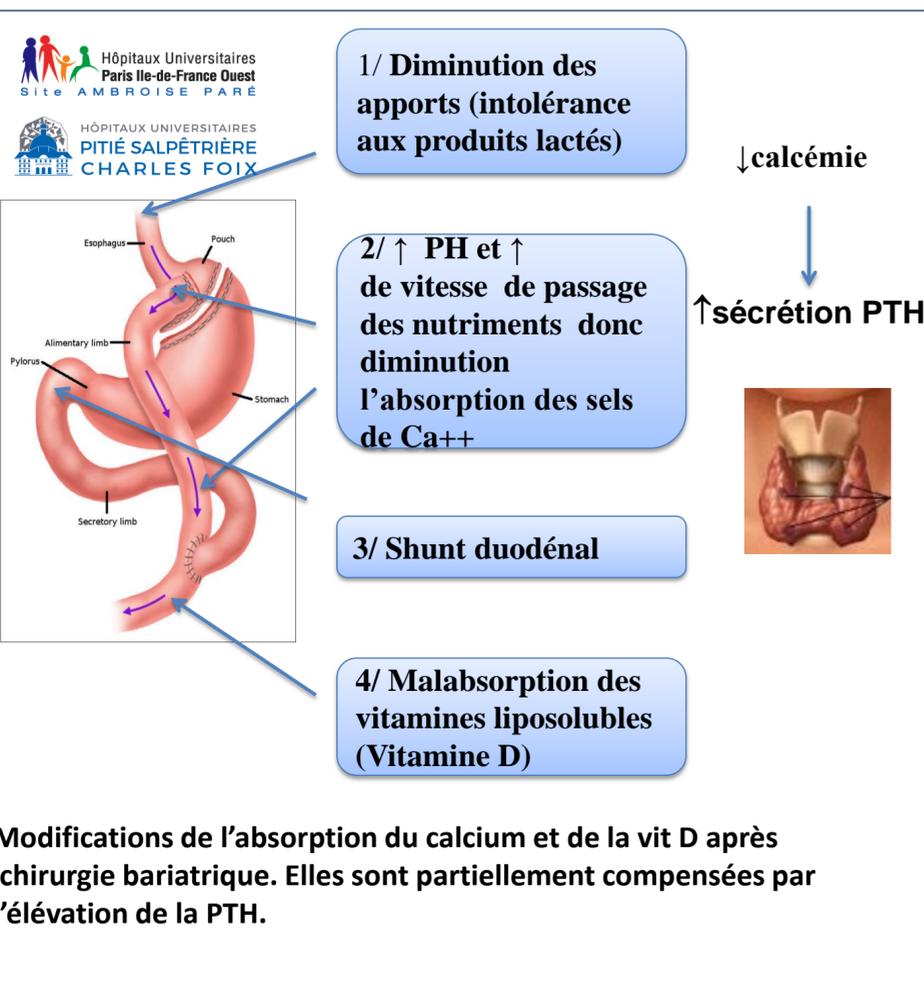
Observation 1 : Une patiente de 26 ans, est opérée d'un Bypass gastrique en Y en 2013 avec une excellente réponse pondérale (perte de 85 kg, soit 47% de son poids préopératoire à 1 an), mais non observante de la supplémentation vitaminique. En 2014, elle bénéficie d'une thyroïdectomie totale pour goitre multinodulaire compressif et présente à J2 une hypocalcémie sévère symptomatique (calcémie corrigée 1,63mmol/l [2,2- 2,6], PTH 1,2pg/ml [15-68]). La patiente est traitée par Gluconate de calcium IV et suppléments vitamino calciques oraux: calcium 6g et alfacalcidol 4 µg/jour. Seul l'ajout de PTH recombinante, tériparatide 20µgx3/jour sous cutané, a permis la stabilisation de la calcémie entre 2 et 2,4 mmol/l et la sortie de la patiente après 25 jours d'hospitalisation. Ce traitement a été maintenu 2 ans. Devant l'échec des tentatives de sevrage en PTH avec récurrence d'hypocalcémie symptomatique (calcémie corrigée à 1,66mmol/l) et le risque d'ostéosarcome en cas de poursuite du traitement, la conversion du Bypass en Y en Sleeve a été décidée. Bilan phospho calcique préopératoire: Calcémie 2,09 mmol/l, Po: 1,39 mmol/l Vit D: 12mmol/l, PTH: 4 pg/ml., Calciurie: 8,5 mmol/24h,

Résultats : Cette procédure a permis la réduction de moitié de la dose de tériparatide, de calcium et d'1/3 de alfacalcidol avec maintien de la normocalcémie à 3 mois, et ce sans reprise pondérale. La mauvaise observance thérapeutique reste un problème.

Observation 2 : Une patiente de 42 ans est opérée d'une dérivation biliopancréatique en 2008 avec une bonne réponse pondérale (perte de 45kg, soit 33% de son poids), et une bonne observance de la substitution vitamino-calcique. En 2010, elle subit une exploration puis une parathyroïdectomie de 3 glandes sur 4 devant les anomalies biologiques qui avaient fait conclure à une hyperparathyroïdie primaire normocalcémique. Elle présente à J1 une hypocalcémie profonde et symptomatique (calcémie corrigée à 1,2 mmol/l [2,2- 2,6], PTH <6pg/ml [15-68] traitée par 38g/jour de Calcium per os, 3x5 ampoules de gluconate de calcium IV, 2µg d'alfacalcidol et 4 ampoules de sulfate de magnésium. Le tériparatide a été tenté sans efficacité. Ce lourd traitement a été maintenu 14 mois en HAD (3 passage IDE par jour et pose d'un PAC), avec calcémie entre 1.8 et 2.2 mmol/l, calcémie ionisée autour de 1 mmol/l, 25 OH vit D normale (62 ng/ml), 1.25 (OH)₂ Vit D normale (155 pmol/l N=65-167), PTH < 6 pg/ml, **hypercalciurie majeure:** 11 à 42 mmol/24h. Absence d'absorption du calcium.

Vu la dépendance au traitement IV, le risque de néphrocalcinose, les infections à répétition sur les voies d'abord, le démontage du court-circuit intestinal a été réalisé en Janvier 2012.

Résultats: Le sevrage des traitements intraveineux a été possible 1 mois après. Avec recul de 5 ans, la calcémie est bien contrôlée dans les limites inférieures de la normale par traitement oral exclusif. Mais la patiente a repris son poids initial.



Evolution des besoins en calcium Per Os et IV, pour maintenir la calcémie > 2 mmol/l après réversion de la dérivation biliopancréatique chez la patiente 2,

CONCLUSION: Une hypoparathyroïdie iatrogène dans un contexte de chirurgie bariatrique pose de graves problèmes thérapeutiques. La situation doit être anticipée, si possible en préopératoire de la chirurgie bariatrique. Nous montrons ici qu'en cas d'hypocalcémie réfractaire, la réversion du court-circuit gastrique est une solution possible et efficace au moins sur le court terme.