

Hyperparathyroïdie : Faux positif TEP ¹⁸Fluoro-Choline

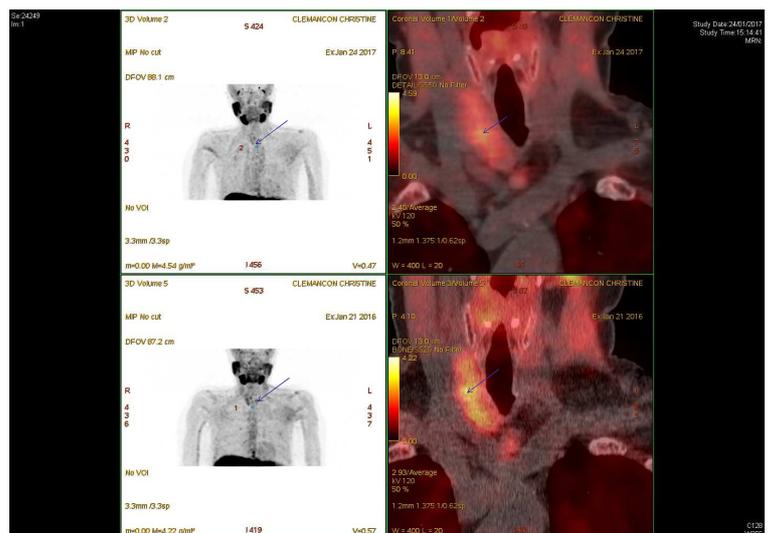
A.M. GUEDJ¹, M. RODIER¹, B. CHAMBERT², C. COSMA³, B. LALLEMANT⁴

¹Maladies métaboliques et endocriniennes, ² Médecine Nucléaire, ³Chirurgie Thoracique, ⁴Chirurgie ORL - CHU Nîmes



Le diagnostic iconographique d'hyperparathyroïdie, nécessite deux imageries en pré-opératoire (échographie et Scintigraphie MIBI), pour une chirurgie sélective et diminuer les risques d'échec. En cas d'imagerie négative ou discordante sont envisagés un TDM ou IRM. A l'extrême une cervicotomie exploratrice ou chirurgie sélective avec dosages de la PTH peropératoire sont pratiqués. Des séries limitées montrent un intérêt du TEP ¹⁸F-Choline. Peu de séries prospectives sont disponibles. Les faux positifs sont à priori rares. Nous en rapportons un cas.

Me C née en 1949 : hyperparathyroïdie primaire, iconographies négatives (Echographie, Scintigraphie MIBI, TDM, IRM). En 2014, TDM en faveur d'un adénome parathyroïdien gauche, lobe-isthmectomie (nodule thyroïdien), exploration des parathyroïdes gauches négative, laissées en place. Persistance de l'hyperparathyroïdie post opératoire (Calcium 3 mmol/l N<2,50, PTH 214ng/l (N<65) et TRT par Mimpara. Reprise chirurgicale pour exploration droite proposée mais refusé. TEP ¹⁸F-Choline en 2016 avec hyperfixation au niveau du médiastin antérieur entre le tronc innominé et la naissance de la carotide droite. Début 2017 : échographie négative, Scinti MIBI négative, TDM image (12x7mm) de l'angle médiastinal antéro-supérieur entre origine carotide primitive et tronc innominé. TEP ¹⁸F-Choline identique à 2016 (8x13mm). Geste chirurgical mars 2017 : en post opératoire PTH(214 ng/l), calcémie 2,71mmol/l et anatomo-pathologie de la lésion en faveur d'une thyroïde ectopique....



L'apport du TEP ¹⁸F-Choline dans les hyperparathyroïdies primaires devrait être évalué sur de larges séries prospectives permettant d'évaluer les valeurs prédictives positives et négatives.