

Introduction:

L'hyperparathyroïdie secondaire autonomisée est une complication fréquente de l'insuffisance rénale chronique caractérisée par une hypersécrétion de la parathormone ; Malgré les progrès récents et continus des thérapeutiques de suppléance rénale et pharmacologiques, la parathyroïdectomie reste nécessaire ce qui expose au risque d'hypocalcémie en post opératoire.

Objectif : Etudier les facteurs prédictifs de l'hypocalcémie profonde post parathyroïdectomie chez les hémodialysés chroniques.

Matériel et méthodes :

Notre étude a consisté au recueil rétrospectif des données, issues de dossiers médicaux de 08 patients insuffisants rénaux chroniques, hospitalisés dans notre service, sur une période de 06 ans (du Mars 2012 au Mars 2018).

Les paramètres étudiés :

Clinique : Age, le sexe, la durée d'hémodialyse,

Biologique (avant et après la chirurgie) : PTH, le bilan phosphocalcique, 25 OH vitamine D, les PAL.

Thérapeutique :

La notion de prise de traitement chélateur du phosphore ou de biphosphonates avant la chirurgie.

La technique chirurgicale utilisée et le type d'anesthésie

Résultats :

- Notre série comportait 06 hommes et 02 femmes ; avec un âge moyen de $42,8 \pm 12$; La durée moyenne de dialyse au moment de l'intervention : $7,7 \pm 2,5$ ans
- 87,5% des patients étaient dialysés à raison de 02 séances par semaine et 12,5% à raison de 3 séances par semaine.
- Sur le plan biologique :La moyenne de PTHi : 1984 ± 406 pg/ml ;La moyenne de calcémie initiale: 109 ± 70 mg/l ; La moyenne de phosphatémie initiale: $79,7 \pm 16$ mg/l ;3 de nos patient avaient une insuffisance en vitamine D et 2 patients avaient une carence et une anémie hypochrome microcytaire était objectivée chez 03 de nos patients
- sur le plan thérapeutique : 8 interventions étaient réalisées sous anesthésie générale et avaient consisté en une ablation des parathyroïdes pathologiques chez 5 cas et en une parathyroïdectomie 7/8eme suivie d'une auto-transplantation chez 3 d'autres .
- Les suites post-opératoires étaient marquées par:
Un dosage sérique de la PTH (j+1) en postopératoire normal chez tous nos patients ; Une calcémie post opératoire: $69,7 \pm 11,68$ mg/l ; Une phosphatémie post opératoire: 33 ± 9 mg/l ;
Une hypocalcémie profonde (<70mg/l) était objectivée chez 03 patients , ils avaient en commun une anémie, une insuffisance ou carence en vitamine D , PTHi >1000 pg/ml, PAL élevées , un seul patient était sous traitement chélateur du phosphore non arrêté avant la chirurgie , et chez les 03, la PEC chirurgicale avait consisté en une parathyroïdectomie des 7/8eme .

Discussion:

Le traitement de l'hyperparathyroïdie secondaire autonomisée (HPSA) est avant tout préventif, il a pour but de normaliser les taux du calcium et du phosphore.

La chirurgie est indiquée en cas d'échec du traitement médical et la prise en charge des patients en insuffisance rénale chronique durant la période post-opératoire immédiate d'une parathyroïdectomie est complexe [1] ;

Les risques d'hypocalcémie post-opératoire peuvent être diminués par une préparation pré-opératoire adéquate et une surveillance postopératoire étroite[2].

Plusieurs facteurs sont incriminé dans l'installation d'une hypocalcémie profonde; nous citons :

-La correction des troubles phosphocalciques avant la chirurgie par la correction de la vitamine D , par les séances rapprochées d'hémodialyse et par l'utilisation des chélateurs de phosphore , cependant ces derniers doivent être cessés après la chirurgie pour ne pas aggraver une éventuelle hypocalcémie post opératoire .

-L'abord bilatéral des parathyroïdes et une chirurgie de longue durée : La parathyroïdectomie totale suivie d'une auto-transplantation augmente la durée du geste opératoire et prolonge la période d'hypocalcémie postopératoire puisque le tissu implanté nécessite presque 2 à 3 semaines pour qu'il soit fonctionnel[3]

-Le type d'anesthésie :il est à souligner que le risque d'hypocalcémie sévère postopératoire serait moindre sous anesthésie locorégionale

-Chia et al. ont rapporté comme facteurs de risque d'hypocalcémie postopératoire : la réalisation d'une parathyroïdectomie subtotalaire et la baisse de la parathormone <15 pg/ml en postopératoire[4].

-Il est à souligner également que des auteurs ont retrouvé une corrélation significative entre la survenue d'une hypocalcémie durant la période postopératoire et le degré hyperparathyroïdie préopératoire [4].

Pour l'anémie constatée dans notre étude , ce facteur n'a pas été rapporté dans la littérature ,d'où l'intérêt d'une étude plus exhaustive pour affirmer ou infirmer cette relation .

Conclusion:

La prise en charge des patients en insuffisance rénale chronique durant la période postopératoire immédiate d'une parathyroïdectomie est complexe d'où l'intérêt d'une préparation préalable visant la correction de certains paramètres afin d'éviter une hypocalcémie profonde pouvant mettre en jeu le pronostic vital du patient.

REFERENCES

1. M. Vallée1 G. G. Lalumière2 C. Déziel1 S. Quéirin1 F. Madore1. Parathyroidectomy in end-stage renal disease: perioperative management of calcium-phosphorus balance. Ann Biol Clin 2007 ; 65 (1) : 71-6
2. Parfitt AM. The hyperparathyroidism of chronic renal failure. A disorder of growth. Kidney Int 1997 ; 52 : 3-9.
3. L. E. Kuo, H. Wachtel, G. Karakousis, D. Fraker, and R. Kelz. "Parathyroidectomy in dialysis patients," J. Surg. Res., vol. 190, no. 2, pp. 554–558, Aug. 2014
4. KALD BA, MOLLERUP CL. Risk factors for severe postoperative hypocalcaemia after operations for primary hyperparathyroidism. Eur J Surg. 2002; 168:552-6 .