



**FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MARSEILLE**



**UNIVERSITÉ DE LA MÉDITERRANÉE
AIX-MARSEILLE II**

Maitre de Stage : Dr Gaétan Gentile

Rapport de stage
Récit De Situation Complexe Authentique
« A propos d'un cas d'hyperparathyroïdie
primitive: Spécificités de la prise en charge en
médecine générale »

JUANEDA Jean-Pierre
IMG - DES Médecine Générale
3^{ème} semestre
Mail : jeanpierrejuaneda@yahoo.fr

Avril 2008

PLAN

1-Description de la situation rencontrée

2-Le point sur l'hyperparathyroïdie primaire :

- Généralités
- Physiologie
- Prise en charge
- Critères d'indication d'un traitement chirurgical
- Perspectives thérapeutiques.

3-Problèmes soulevés par cette situation clinique.
Spécificités de la prise en charge en médecine générale.

4-Bibliographie

1- Description de la situation rencontrée

Mme R. Patiente de 60 ans
Consulte le 04/12/07 pour lombalgies nocturnes

1.1 Antécédents

Méningiome opéré il y a 10 ans
HTA Contrôlée
Patiente perdue de vue depuis plusieurs années
Suivi gynécologique régulier
Dépistage Mammographique et hémocult II ne montrant pas d'anomalie

1.2 Anamnèse

Décrit une lombalgie évoluant depuis plusieurs semaines.
Celle-ci ne cédant pas aux antalgiques usuels.
Décrit une douleur d'allure mécanique dans son ensemble mais aussi associée à des épisodes nocturnes.
Pas d'autre plainte somatique par ailleurs.

1.3 L'examen physique

Il n'existe pas de douleur élective à la percussion des épineuses vertébrales.
Signe de Lasègue Négatif.
Pas d'autre topographie des douleurs. Absence de sciatalgies.
L'examen neurologique est normal dans son ensemble.
Auscultation cardio-pulmonaire normale, pas de signe d'insuffisance cardiaque.
Mesure Pression artérielle:130/70mmHg.

1.4 Lors de cette première consultation

Du point de vue thérapeutique : Prescription d'un myorelaxant associé aux antalgiques déjà utilisés.

Du point de vue diagnostique:

Devant la persistance des douleurs et le caractère possiblement inflammatoire que décrit la patiente un bilan biologique est prescrit : Celui-ci comprends la recherche d'un syndrome inflammatoire biologique: NFS Plaquettes, VS,CRP. Ainsi qu'une électrophorèse des protéines sériques à la recherche d'un éventuel myélome et d'un bilan phosphocalcique.

1.5 Nouvelle consultation le 06/12/07

La patiente est inquiète devant la perturbation de son bilan biologique. Celui-ci retrouve en effet une élévation isolée de la calcémie :

Document du 06/12/2007: Laboratoire d'analyses

FN :

Globules blancs:6,6 mille/mm³
Globules rouges:4,64 million/mm³
Hb:14,4 g/100ml
Hématocrite:42,4
VGM:91,3 μ
Plaquettes: 371 mille/mm³
PN neutrophiles 53,6 % 3538 /mm³
PN éosinophiles 1,8% 119 /mm³
PN basophiles 0,4% 26 /mm³
Lymphocytes: 36,2 % 2389 /mm³
Monocytes: 8,0% 528 /mm³

Electrophorèse des protéines :

PROTEINES TOTALES	77,2 g/l	62-80		
ALBUMINE	65,1 %	50,3 g/l	40,2 a 47,6 g/l	ALPHA 1 3,9 %
	3,0 g/l	2,1 a 3,5 g/l		
ALPHA 2	9,0 %	6,9 g/l	5,1 a 8,5 g/l	
BETA 1	6,5 %	5,0 g/l	3.4 a 5.2 g/l	

BETA 2 4,5 % 3,5 g/l 2.3 a 4.7 g/l
GAMMA 11,0 % 8,5 g/l 8 a 13,5 g/l
Dosage pondéral de l'ALBUMINE 42 g/l (38 à 48)

Vitesse de sédimentation :

1 ère HEURE 10 mm Le 30/10/06
2eme HEURE 25 mm Le 30/10/06

Protéine C Réactive (ultra sensible) : 2,5 mg/l

CALCIUM : 117 mg/l 88 - 105
2,92 mmol/l (N:2,25 - 2,63)

CALCIUM corrige/ALB pour un pH normal 2,88 mmol/l 2.25 a 2.63

1.6 Devant cette hypercalcémie isolée

L'interrogatoire ne retrouve pas de signes en faveur d'une hypercalcémie (notamment pas d'antécédent de lithiase urinaire).

Un bilan complémentaire est prescrit comprenant:

Un contrôle de la calcémie, créatininémie, bilan phosphocalcique, PTH, LDH.

Scintigraphie osseuse à la recherche d'un foyer ostéolytique.

La patiente est informée des causes d'hypercalcémie, s'étant elle-même documentée (sur internet) et redoutant d'être atteinte d'une pathologie néoplasique avec localisation osseuse secondaire.

Elle est rassurée quand aux risques liés à cette anomalie biologique (son taux de calcium ne pouvant engendrer d'hypercalcémie menaçante), et la multitude d'étiologies possibles en dehors d'une métastase ostéolytique.

Par ailleurs, ses lombalgies ont cédé avec le traitement symptomatique.

1.7 Consultation du 21/12/07

Les résultats biologiques confirment l'hypercalcémie persistante: 2.95mmol/l (118mg/l)

Phosphorémie, LDH, PAL : normaux

PTH élevée :138.5 pg/ml (N: 8.7/79.6)

Calciurie et phosphaturie normales.

Pas d'altération de la fonction rénale.

Les résultats faisant suspecter une hyperparathyroïdie, la patiente est adressée vers un confrère endocrinologue pour avis diagnostique et thérapeutique.

D'autre part La scintigraphie osseuse corps entier ne retrouve pas d'élément en faveur d'un processus évolutif secondaire ce qui rassure la patiente (à j-4 de Noël).

1.8 Après avis endocrinologique

Un examen biologique est prescrit pour évaluer sa fonction thyroïdienne , ainsi qu'un dosage des dérivés méthoxylés et des catécholamines urinaires dans le cadre d'un bilan hormonal (association des NEM de type 1 avec HPP pouvant faire rechercher un phéochromocytome).

Ainsi qu'une scintigraphie MIBI des parathyroïdes .

La scintigraphie retrouve un renforcement de fixation au niveau du pôle inférieur du lobe thyroïdien droit pouvant témoigner d'une hyperplasie parathyroïdienne.

Devant le tableau typique d'hyperparathyroïdie primaire la patiente est adressée vers un spécialiste en chirurgie endocrine.

Une intervention est programmée puis secondairement annulée, la patiente ayant choisi d'être prise en charge par une autre équipe chirurgicale.

Le délai d'intervention sera reporté du fait de son HTA et de l'absence de résultats d'examens biologiques (dérivés méthoxylés urinaires) faisant craindre une contre indication à l'anesthésie.

La patiente sera prise en charge chirurgicalement le 22/02/07.

L'anesthésie à été possible, les résultats n'étant pas en faveur d'une HTA secondaire.

Mme R est revenue en consultation le 14/03/08, les suites chirurgicales sont simples en dehors d'un hématome de paroi.

2-Le point sur l'hyperparathyroïdie primitive

2.1 Généralités

La découverte d'une HPP est principalement fortuite, patient habituellement asymptomatique.

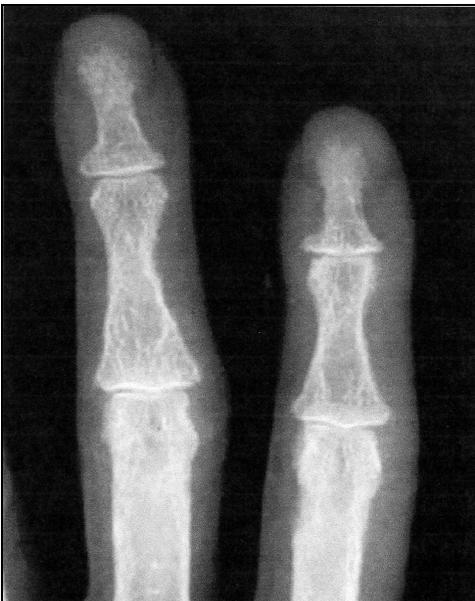
Trois patients sur quatre sont des femmes.

L'âge moyen est situé entre 40 et 65 ans.

Certains signes non spécifiques ont été associés à l'HPP, (HTA, dyspepsie, asthénie).

Les deux principales manifestations actuellement observées sont la lithiase rénale et l'ostéoporose touchant l'os cortical.

Signe précoce d'atteinte osseuse: La résorption osseuse sous-périostée au niveau de la deuxième phalange



2.2 Physiologie

Dans le sérum, 50% du calcium est présent sous une forme ionisée, 40% sous une forme liée aux protéines, et 10% sous une forme complexée aux petits anions,

C'est le calcium ionisé ou libre qui est physiologiquement actif et soumis à une régulation hormonale, essentiellement celle de la PTH et du calcitriol. La PTH est une hormone produite par les quatre glandes parathyroïdes. Elle agit de façon directe et rapide (en quelques minutes) sur l'os en libérant le calcium qui rejoint le liquide extra-cellulaire, et sur le rein en augmentant la réabsorption tubulaire distale de calcium, et en inhibant la réabsorption tubulaire proximale de phosphate. Elle augmente la production de calcitriol par le rein.

La sécrétion de la PTH est dépendante de la concentration de calcium ionisé selon une relation inverse.

L'élévation de la calcémie aboutit à la stimulation d'un récepteur sensible au calcium (CaR) présent sur la membrane des cellules parathyroïdiennes. En réponse à cette stimulation, la sécrétion de PTH est freinée, ce qui diminue rapidement la résorption osseuse nette et la réabsorption tubulaire de calcium, et donc tend à ramener la calcémie vers sa valeur initiale. A l'inverse, si la concentration de calcium ionisé diminue, la sécrétion de la PTH est stimulée.

2.3 Prise en charge

La conférence de consensus de 1991 a proposé une liste d'indications opératoires.

En tenant compte de ces propositions, seulement 50% des patients sont opérés.

La meilleure technique pour localiser l'adénome en pré-opératoire est la scintigraphie au ⁹⁹Tc-métastamibi.

En l'absence de décision opératoire, il convient de surveiller la calcémie et la créatininémie tous les six mois, la radiographie d'abdomen sans préparation et la densité minérale osseuse tous les ans pendant quatre ans, puis d'espacer cette surveillance si la maladie se révèle stable.

Dans tous les cas, il faut maintenir normaux les apports en calcium et en sodium, proscrire l'emploi de diurétiques quelle que soit leur classe, et éviter une carence en vitamine D et l'immobilisation.

Dans une étude prospective récente, il a été estimé qu'au sein de cette population «asymptomatique», la proportion de patients ayant une évolution défavorable est d'environ 25%.

La survenue de la ménopause est clairement un facteur de risque d'aggravation.

A l'heure actuelle, le seul traitement curatif de l'HPP est chirurgical. Parmi les traitements associés, l'œstrogénothérapie doit être proposée chez les femmes ménopausées non substituées et n'ayant pas de contre-indication. Ce traitement permet de diminuer la calcémie, et de limiter la diminution de la densité minérale osseuse secondaire à l'HPP. Les biphosphonates n'ont pas d'effet bénéfique durable.

2.4 Critères d'indication d'un traitement chirurgical chez les patients atteints d'hyperparathyroïdie primitive asymptomatique

- Calcémie > 0,25 mmol/l au-dessus de la norme du laboratoire
- Existence d'un épisode d'hypercalcémie menaçante
- Diminution inexpliquée de la clairance de la créatinine de plus de 30%
- Présence de calculs rénaux ou de néphrocalcinose
- Calciurie > 10 mmol / 24 h
- Diminution de la densité osseuse corticale et/ou trabéculaire de plus de 2 DS par rapport à la normale pour l'âge et le sexe
- Age < 50 ans

2.5 Perspectives de traitement

Les drogues calci-mimétiques agonistes du récepteur sensible au calcium, capables de freiner la sécrétion de PTH, sont aujourd'hui à l'essai. C'est une des perspectives thérapeutiques les plus prometteuses.

3-Problèmes soulevés par cette situation clinique :Spécificité de la prise en charge en médecine générale

3.1 Découverte d'HPP

L'hyperparathyroïdie est la plupart du temps de découverte fortuite, le patient étant asymptomatique.

Sa prévalence est forte chez la femme de 40 à 65 ans.

Le médecin traitant est le premier concerné de sa mise en évidence par la prescription d'un bilan phospho-calcique dans le cadre de la prévention de la maladie ostéoporotique.

3.2 Prise en charge

Le médecin généraliste se place au centre du parcours de soins entre les différents intervenants (Endocrinologue, Radiologue, Chirurgien).

Il doit expliquer la pathologie et rassurer le patient sur son état en premier recours.

3.3 Relation médecin-Malade

La relation d'empathie entre le praticien et son patient est la clé de voute de l'adhésion au traitement.

L'observance faisant écho à la confiance.

3.4 L'information du patient

Au travers de ce cas clinique on retrouve le problème de plus en plus fréquent des informations délivrées par les nouveaux systèmes de communication. Ce qui souligne le rôle capital d'information et d'empathie du médecin traitant.

(Je doute que cette patiente se soit fait opérer après avoir simplement surfé sur internet...).

3.5 Rassurer le patient ?

La multiplicité des examens paracliniques et l'angoisse qui découle d'un éventuel diagnostic sont propres au patient.

Le médecin doit mener sa démarche à terme dans le but de diagnostiquer une pathologie tout en rassurant le patient ce qui reste paradoxal..

3.6 Doit-on soigner des chiffres?

La médecine factuelle (EBM) permet d'améliorer nos pratiques, s'attachant à démontrer explicitement ce qui est habituellement connu de manière implicite.

Cette approche pragmatique ne doit cependant pas être dénuée de bon sens.

L'exemple de l'HPP est celui d'une anomalie biologique pouvant conduire à des complications chez un patient asymptomatique. Il en va de même pour le diabète...

Il est clair que l'HPP doit être diagnostiquée et traitée, négliger une hypercalcémie pouvant être dangereux pour le patient.

4-Bibliographie

A. Hertig, G. Maruani, M. Paillard et P. Houillier
Service de physiologie, Hôpital Broussais, Paris
Hyperparathyroïdie primitive
Néphrologie Vol. 21 n°6 2000

Consensus development conference panel. Diagnosis and management of asymptomatic primary hyperparathyroidism: Consensus development conference statement. Ann Intern Med 1991; 114 : 593-7.

Produire des traces d'apprentissage : le RSCA
LA REVUE DU PRATICIEN MÉDECINE GÉNÉRALE TOME 221 N° 794 I
29 JANVIER 2008

Dr. O.Zékri Laboratoire de Pharmacologie Expérimentale et Clinique
2, avenue du Pr. Léon Bernard, 35043 Rennes Cedex
Evidence-Based Medicine mis à jour le 23 décembre 1998