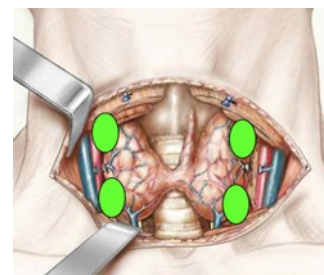


Le centre de la thyroïde et des parathyroïdes L'hyperparathyroïdie (HPT1)

L'incidence de l'HPT1 est de 27/ 100 000 habitants et augmente avec l'âge (>60ans). Elle atteint 1 homme pour 3 femmes.

Elle est **asymptomatique** dans plus de **80% des cas** et découverte au cours d'un bilan biologique (**Hypercalcémie**). Dans les autres cas, les symptômes liés à l'hypercalcémie sont peu spécifiques : douleurs osseuses et musculaires, fatigue inexplicable, faiblesse musculaire, anorexie, constipation, douleurs abdominales, **coliques néphrétiques**, troubles du comportement (difficultés de concentration, somnolence, confusion), complications cardiovasculaires.

L'HPT1 est liée **dans 96% des cas** à un **adénome unique**. Dans 2% des cas des adénomes multiples sont observés et dans moins de 1% des cas, les 4 glandes sont concernées (hyperplasie) et dans ces cas une recherche de pathologie génétique est proposée comme lorsqu'il existe une association à des pathologies d'autres glandes endocrines. Dans ce cas, un bilan complémentaire en milieu spécialisé vous sera proposé.



Comment faire le diagnostic ?

Le diagnostic se fait sur une prise de sang. Il associe une **élévation de la calcémie et de la parathormone (PTH)**. Il faut s'assurer de l'absence de carence en vitamine D qui induit de faux positifs. Certaines formes peuvent être difficiles à diagnostiquer et nécessiter des bilans complémentaires en milieu spécialisé (**bilan phosphocalcique**).

Des examens d'imagerie (**Echographie et scintigraphie au MIBI**) pour localiser la ou les glandes malades sont en général réalisés pour faciliter la chirurgie. D'autres examens complémentaires peuvent être demandés (scanner 4D, TEPscanner à la choline).





Centre de la Thyroïde et des parathyroïdes

Endocrinologie-nutrition

Dr Olivier Dupuy
Dr Adrien Ben Hamou
Dr Adela Voican
Dr Isabela Banu
Dr Constance Oriez

Tel : 01.44.12.33.95
01.44.12.69.03

Chirurgie Générale

Dr Axèle Champault
Dr Stéphanie Li Sun Fui

cs-chirdigestive@ghpsj.fr

Chirurgie ORL

Dr Elisabeth Sauvaget
Dr Olivia Mazzaschi

cs-orl@ghpsj.fr

Echographie et Cytoponction

Dr Anne Laurence
Gauthier
Dr Adrien Ben Hamou

Tel : 01.44.12.80.00

Quel est le traitement ?

Il est avant tout chirurgical. Après confirmation du diagnostic, et évalué le retentissement, une intervention est proposée.

Seule l'ablation du ou des adénomes responsables de l'HPT1 peut permettre la guérison, obtenue dans 95 à 99 % des cas.

En cas de contre-indication chirurgicale (rare), un traitement médical pourra être proposé en milieu spécialisé. Ce dernier ne permet cependant pas la guérison.

Une surveillance chez les personnes âgées, peut être réalisée si la calcémie est proche de la normale et qu'il n'y a pas de retentissement de l'HPT 1.

L'intervention est pratiquée le plus souvent sous anesthésie générale, en ambulatoire (ou une nuit d'hospitalisation) par abord mini invasif et direct quand l'adénome est unique et bien repéré par les examens pré opératoires.



Si la chirurgie mini-invasive est un échec ou impossible (pas de localisation, lésions multiples, ou antécédents de chirurgie thyroïdienne), la chirurgie est « conventionnelle » (incision cervicale de 6cm environ avec exploration des 4 parathyroïdes).

Les suites opératoires

Dans la grande majorité des cas, elles sont **simples**. Une surveillance de la calcémie dans les jours (J1 +/- 8) qui suivent l'intervention sera réalisée. La vérification de la guérison se fait par dosage de la PTH qui doit décroître de 50% en post opératoire immédiat.

En pratique : HPT I

- ◆ Diagnostic : calcémie + PTH + vérifier vitamine D
- ◆ Localisation de l'adénome : écho cervical + scinti MIBI
- ◆ Traitement : chirurgical
 - ◆ Voie élective le plus souvent
 - ◆ Ambulatoire ou courte hospitalisation (1j)