

PROFIL ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET CLINIQUE DES PATIENTS OPÉRÉS POUR HYPERPARATHYROIDIE PRIMAIRE

ABES N⁽¹⁾, DJELOUAT O.O⁽²⁾, KHENSAL S⁽³⁾, BOUDRIOUA D⁽⁴⁾, BENMOHAMMED K⁽³⁾, BENCHAOUI M⁽¹⁾.

1) Service O.R.L, C.H.U Constantine, Faculté de Médecine, Université Constantine 3.

2) Département Anesthésie-Réanimation, C.H.U Constantine, Faculté de Médecine, Université Constantine 3.

3) Service d'Endocrinologie, C.H.U. Constantine, Faculté de Médecine, Université Constantine 3.

4) Service d'Epidémiologie, C.H.U. Constantine, Faculté de Médecine, Université Constantine 3.

E-mail : Abes N : abesnaouel@gmail.com ; Djelouat O.O. : djelwafa@yahoo.fr ; Khensal S : skhensal51@yahoo.fr ; Benmohamed K : benmohamsana@yahoo.fr ; Benchaoui M : mounira.benchaoui@yahoo.fr

RÉSUMÉ :

L'hyperparathyroïdie primaire (HPTP) est une endocrinopathie fréquente. Elle se caractérise par une hypersécrétion autonome de l'hormone parathyroïdienne (PTH) pouvant être responsable au long cours de conséquences graves en l'absence de traitement. L'objectif de notre travail est de préciser le profil épidémiologique et clinique d'une population d'étude. Il s'agit d'une étude descriptive prospective, sur une durée de 30 mois, menée au niveau du Centre Hospitalo-Universitaire de Constantine. Nous avons pris en charge 50 patients présentant une HPTP, l'âge moyen était de $52,74 \pm 12,85$ ans, (88% femmes, 12% hommes, sexe ratio H/F=0,14). Les circonstances de découverte étaient dominées par les douleurs osseuses (48%). La découverte était fortuite lors d'un bilan de routine dans 20% des cas et lors d'une crise aiguë hypercalcémique dans 4% des cas. Conclusion, l'hyperparathyroïdie primaire connaît une augmentation de son incidence ces dernières années. Il n'existe pas d'importante variabilité entre les populations. Cependant, dans notre population, l'HPTP est dans la majorité des cas symptomatique avec des signes osseux. Une chirurgie bien conduite reste le seul garant pour améliorer ces symptômes.

Mots clés : L'hyperparathyroïdie primaire, Profil épidémiologique, Chirurgie.

ABSTRACT : EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL PROFILE OF PATIENTS OPERATED ON FOR PRIMARY HYPERPARATHYROIDISM.

Primary hyperparathyroidism (PHPT) is a common endocrinopathy. It is characterised by an autonomous hypersecretion of parathyroid hormone (PTH) which can have serious longterm consequences if left untreated. The objective : is to specify the epidemiological and clinical profile of study population. This is a prospective descriptive study, over a period of 30 months, conducted at the University Hospital of Constantine. We treated 50 patients with PHPT, mean age 52.74 ± 12.85 years (88% women, 12% men, sex ratio M/F=0.14). The circumstances of discovery were dominated by bone pain (48%), discovery was incidental during a routine check up in 20% of cases and during an acute hypercalcaemic crisis is in 4% of cases. Conclusion, primary hyperparathyroidism has been increasing in incidence in recent years and there is no significant variability between populations. However, in our population, PHPT is in the majority of cases symptomatic with bone signs. A well conducted surgery remains the only guarantee to improve these symptoms.

Key words : Primary hyperparathyroidism, Epidemiological profile, Surgery.

INTRODUCTION

L'hyperparathyroïdie primaire (HPTP) est un trouble endocrinien caractérisé par une augmentation de la sécrétion de l'hormone parathyroïdienne, par une ou plusieurs glandes parathyroïdes anormales, entraînant une hypercalcémie.

Elle se traduit par un large spectre de signes et de symptômes et présente des complications osseuses, rénales et cardiaques.

Il s'agit d'un trouble endocrinien relativement courant, sa prévalence est estimée entre 1 à 7 cas pour 1000 adultes et l'incidence entre 1998 et 2010 était d'environ 50 cas pour 100 000 habitants par an [1-3].

C'est une pathologie qui touche surtout les femmes ménopausées, dont l'âge est entre 55 et 75 ans [4].

L'hyperparathyroïdie primaire impose d'être traitée, car elle peut constituer une menace pour le pronostic vital par la survenue d'une hypercalcémie aiguë.

La chirurgie constitue le seul et meilleur traitement efficace dans la gestion de l'HPTP. Elle permet la guérison avec un très faible risque de récurrence et un taux de complications relativement bas [4].

OBJECTIFS

Notre objectif est de préciser le profil épidémiologique et clinique d'une population d'étude.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude descriptive prospective, sur une durée de 30 mois, menée au niveau du Centre Hospitalo-Universitaire de Constantine. Les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique ont été saisies et analysées par le logiciel SPSS 22.

RÉSULTATS

Durant la période d'étude allant du 1^{er} janvier 2019 au 30 juin 2021, nous avons opéré 50 patients pour une hyperparathyroïdie primaire soit 44 femmes (88%) et 6 hommes (12%), soit une prédominance féminine avec un sex ratio H/F de 0,14 (sept femmes pour un homme).

Leur moyenne d'âge était de $52,74 \pm 12,85$ ans pour les deux sexes, ($51,36 \pm 12,58$ ans chez les femmes et $62,83 \pm 10,88$ ans chez les hommes, $p = 0,18$), avec des extrêmes allant de 20 ans à 76 ans (figure 1).

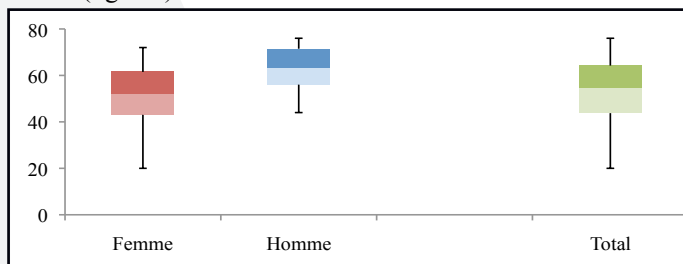


Figure 1. Caractéristiques de dispersion de l'âge de la série d'étude.

La tranche d'âge la plus touchée était entre 65 et 70 ans (figure 2).

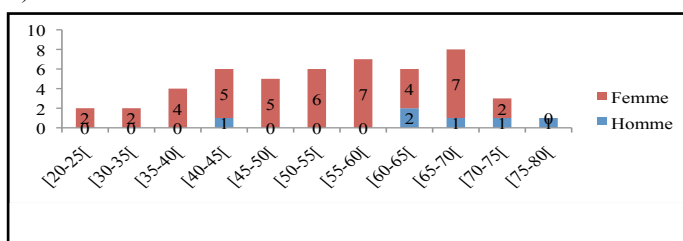


Figure 2. Répartition des patients selon les tranches d'âge.

Parmi les 44 femmes, 21 (47%) étaient ménopausées, l'âge moyen de survenue de la ménopause chez ces patientes était de $48,45 \pm 4,37$ ans, avec une ménopause précoce survenue à 35 ans chez une patiente.

La majorité des patients soit 22 (44 %) demeurent dans la région de Constantine (figure 3).

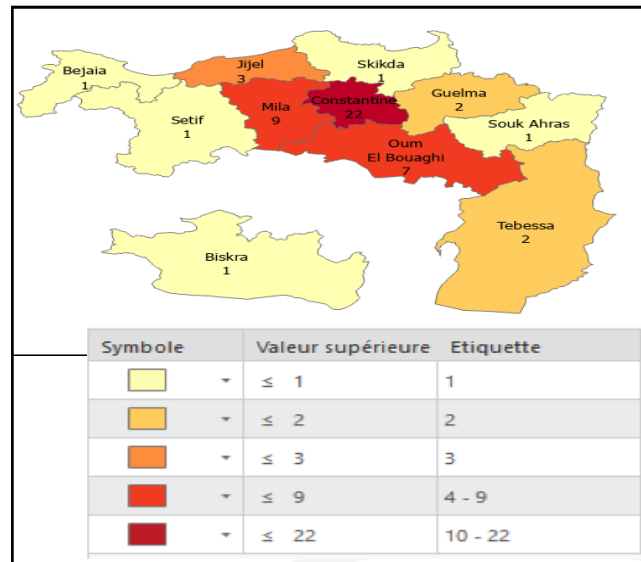


Figure 3. Répartition des patients selon la Wilaya de demeure.

La majorité d'entre eux, soit 30 (60 %) était sans profession. Le reste des caractéristiques démographiques est représenté dans le tableau I.

Tableau I. Caractéristiques démographiques de la population d'étude.

Caractéristiques Démographiques	Total (n=50) n (%)	Homme (n=6) n (%)	Femme (n=44) n (%)
Age (an)	52,74 ± 12,85	62,83 ± 10,88	51,36 ± 12,58
Etat civil : Marié(e)	41(82)	5(83,3)	36(81,8)
Célibataire	8(16)	1(16,7)	7(15,9)
Veuve	1(2)	0(0)	1(2,3)
Statut de la ménopause	-	-	21(47)
Age de la ménopause	-	-	48,45 ± 4,37
La demeure :			
Constantine	22(44)	2(33,3)	20(45,5)
Mila	9(18)	2(33,3)	7(15,9)
OEB	7(14)	0(0)	7(15,9)
Autres Wilayas de l'Est	12(24)	2(33,3)	10(22,7)

OEB : Oum El Bouaghi.

Lors de la recherche des facteurs de risque de la survenue de l'HPTP, nous n'avons pas trouvé d'antécédent d'irradiation cervicale ni de traitement antérieur par le lithium ou par l'iode radioactif chez nos patients.

Quant aux Néoplasies Endocriniennes Multiples (NEM), deux patientes (4 %) avaient une NEM type 1 et sont toutes les deux des cas index.

Cinq patients (10 %) avaient des symptômes similaires à type de lithiase rénale chez la fratrie ou chez les parents et chez qui les explorations sont en cours. Le poids moyen chez nos patients était de $70,78 \pm 14,46$ kg avec des extrêmes entre 40-105 kg.

La moyenne de taille de nos patients était de $159,2 \pm 8,98$ cm avec des extrêmes entre 124-180 cm.

Pour 16 patients (32 %), l'Indice de Masse Corporelle (IMC) était normal, alors que 33 patients (66 %) avaient un IMC anormal entre surpoids (28 %) et obésité (38 %).

Une masse cervicale palpable a été retrouvée chez 10 % des cas (tableau II).

Tableau II. Caractéristiques cliniques de la population d'étude.

Caractéristiques cliniques	Total (n=50) n (%)	Homme (n=6) n (%)	Femme (n=44) n (%)
Antécédents :			
Irradiation cervicale	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Irathérapie	0 (0)	0 (0)	0 (0)
NEM 1	2 (4)	0 (0)	2 (4,5)
Cas similaires (LR)	5 (10)	0 (0)	5 (11,4)
Poids (kg)	70,78 ± 14,46	71,83 ± 12,93	70,63 ± 14,79
Taille (cm)	159,20 ± 8,98	167,83 ± 8,90	158,02 ± 8,42
IMC (kg/m²) : Moyenne	27,92 ± 5,23	25,44 ± 3,64	28,25 ± 5,35
Maigre	1 (2)	0 (0)	1 (2,3)
Normal	16 (32)	3 (50)	13 (29,5)
Surpoids	14 (28)	2 (33,3)	12 (27,3)
Obésité	19 (38)	1 (16,7)	18 (40,9)
Examen ORL : Normal	39 (78)	5 (83,3)	34 (77,3)
Cicatrice de chirurgie	6 (12)	0 (0)	6 (13,6)
Masse palpable	5 (10)	1 (16,7)	4 (9,1)
Paralysie récurrentielle	0 (0)	0 (0)	0 (0)

NEM1 : Néoplasie Endocrinienne Multiple type 1; ORL : Oto-Rhino -Laryngologie ; IMC :

Indice de Masse Corporelle ; LR : Lithiase Rénale.

Le motif de consultation le plus fréquent pour nos patients était des douleurs osseuses retrouvées chez 24 patients (48 %), dont 23 étaient de femmes (95,83 %).

La découverte fortuite lors d'un bilan était le mode de révélation chez 10 patients (20 %) (tableau III).

Tableau III. Circonstances de découverte et signes cliniques.

Les signes*	n	(%)
Signes généraux		
Total	13	26
Asthénie	9	18
Autres	4	8
Signes digestifs		
Total	2	4
Nausées, vomissements	2	4
UGD	0	0
Pancréatite	0	0
Signes ostéo articulaires		
Total	33	66
Douleurs osseuses	24	48
Arthralgies	5	10
Fracture	4	8
Signes cardiovasculaires		
Total	5	10
HTA	3	6
Palpitations	2	4
Troubles du rythme	0	0
Signes neuro psychiques et musculaires		
Total	6	12
Céphalées	2	4
Troubles de la mémoire	1	2
Anxiété	1	2
Autres	2	2
Signes rénaux		
Total	8	16
Lithiase rénale	4	8
Insuffisance rénale	4	8
SPP	0	0
Hypercalcémie aigue	2	4
Fortuite par un bilan	10	20
Constatation d'une masse	1	2

UGD : ulcère gastroduodénal, HTA : hypertension artérielle, SPP : syndrome polyuro-polydipsique

* : un seul malade pouvait présenter un ou plusieurs signes cliniques ou circonstances de découverte.

DISCUSSION

L'hyperparathyroïdisme primaire (HPTP) est un état clinique courant, de prévalence estimée à 176 femmes et 77 hommes pour 100 000 habitants par an entre les années (1995-2010) [1,5]. Bien que l'expression clinique de cette pathologie se soit considérablement modifiée, en raison du dépistage biochimique de routine qui a fait augmenter le nombre de patients diagnostiqués d'HPTP et qui sont encore asymptomatiques, [1,5,6], les complications qu'elle peut entraîner restent redoutables.

La chirurgie parathyroïdienne, seule option curative disponible de l'HPTP, a connu une progression spectaculaire au cours des dernières années avec l'innovation et l'incorporation des outils d'évaluation pré et peropératoires [5,7]. Les approches chirurgicales les plus courantes sont la parathyroïdectomie minimale invasive et l'exploration bilatérale du cou [5,7]. Les techniques de localisation disponibles et la prévalence élevée de l'adénome parathyroïdien unique comme cause de la maladie, les taux élevés

de guérison ainsi que les faibles taux de complications font de la parathyroïdectomie mini-invasive une option chirurgicale attrayante [5,7].

Des 50 patients inclus dans notre étude, 44 étaient des femmes (88 %) et 6 des hommes (12 %) soit un sex ratio H/F de 0,14 (7 femmes pour un homme).

Ainsi, la prédominance féminine retrouvée ici concorde avec l'ensemble des études publiées. Nos résultats se rapprochent parfaitement de ceux de l'étude de Zitouni S.N qui a porté sur 62 patients opérés pour HPTP dont la proportion des femmes était de 88,7% avec un sexe ratio de 1/8 [8], de ceux d'une série turque publiée en 2021 dont la proportion des femmes était de 80,77% [9]. Un sex-ratio moindre est noté dans une série marocaine publiée en 2021(77,8 %) et une étude tunisienne publiée en 2016 (75,86 %) (10, 11) (tableau IV)

Tableau IV. Age et sexe selon les séries internationales.

Série	Nombre de cas	Femmes %	Hommes %	Age Moyen(ans)
Zitouni S.N [8]	62	88,7	11,3	47
Bouzaïd A. [14]	21	95,24	4,76	56,5
Zerraa L. et al. [10]	36	77,8	22,2	54,3
Khedher M. et al. [11]	29	75,86	24,17	62
Chiboub et al. [12]	68	88,24	11,76	53,5
Hariz et al. [13]	17	94,12	5,88	62,94
Abdulkadir S et al. [9]	52	80,77	19,23	51,7
Notre série	50	88	12	52,74

Notre étude a rapporté un âge moyen de 52,74 ± 12,85 ans (51,36 ± 12,58 ans chez les femmes, et 62,83 ± 10,88 ans chez les hommes, p= 0,18).

L'âge moyen varie entre les différentes études. Nos résultats sont concordants avec une autre étude tunisienne publiée en 2021 de

Chiboub et al. dont la moyenne d'âge était de 53,5 ans [12], ainsi qu'avec l'étude turque de Sahin A. et al. dont la moyenne d'âge était de 51.7 ± 15.6 ans [9]. Ces données se rapprochent un peu des données de Zitouni S.N. où l'âge retrouvé était de $47,7 \pm 15$ ans [8].

Une autre série tunisienne de Hariz et al., colligeant 17 patients, retrouvait une moyenne de 62,94 ans [13]. Cependant, il reste difficile de comparer les moyennes d'âge étant donné que la taille de chaque échantillon diffère d'une étude à une autre (tableau IV).

Les facteurs de risque de l'HPTP sont représentés par l'exposition aux radiations ionisantes, le traitement antérieur par le lithium et les diurétiques thiazidiques, ainsi que les syndromes endocriniens représentés par les néoplasies endocriniennes multiples. L'irradiation de la tête et du cou a été associée à l'HPTP avec une période de latence entre l'exposition et l'expression de la maladie d'environ 20 à 40 ans [3]. Cependant, il n'a pas été noté d'antécédents d'irradiation ionisante ni de thérapie à risque pour nous et pour l'ensemble des études récentes [10,11,14].

La présence d'une néoplasie endocrinienne multiple a été fortement suspectée chez deux de nos patientes (4%) à type de NEM1. Cette fréquence se rapproche de celle de la littérature où l'HPTP est familiale dans 5 à 10 % des cas [15].

Le mode de découverte de l'HPTP était principalement ostéoarticulaire pour nos patients 52% (26 cas) dont les douleurs osseuses étaient les plus fréquemment retrouvées (48% : 24 cas). Les signes généraux étaient retrouvés dans 26 % des cas (13 cas), les signes rénaux dans 16% (8 cas). L'HPTP était asymptomatique, découverte à l'occasion d'un bilan dans 20% des cas. Nos résultats se rapprochent de ceux de l'étude de Zitouni S.N [8] où les signes osseux représentaient le mode de découverte le plus répandu (42%), et d'une étude tunisienne menée à Sfax par Dhouib H et al., où les signes osseux représentaient 35,3% [16]. Depuis la systématisation du dosage de la calcémie, la découverte fortuite de l'HPTP est devenu le mode le plus fréquent dans les pays développés, ce qui a permis un diagnostic de la maladie à un stade encore asymptomatique. Aux Etats Unis d'Amérique, environ 80% des cas d'HPTP sont diagnostiqués lors d'un dosage systématique de la calcémie [3]. En Algérie, ce n'est pas encore le cas, vu le coût de cet examen biologique et sa non disponibilité au niveau des structures sanitaires étatiques. Sa réalisation ne se fait pas de façon systématique, ce qui explique le faible taux de patients qui ont eu une découverte fortuite, seuls les patients qui étaient suivis pour une pathologie thyroïdienne antérieure présentaient ce mode de découverte où le dosage était réalisé systématiquement.

CONCLUSION

L'hyperparathyroïdisme primaire connaît une augmentation de son incidence ces dernières années, il n'existe pas d'importante variabilité entre les populations. Cependant, dans notre population, l'HPTP est dans la majorité des cas symptomatique avec des signes osseux. Une chirurgie bien conduite reste le seul garant pour améliorer ces symptômes.

CONFLITS D'INTÉRÊT :

Aucun.

DATE DE SOUMISSION : 20/04/2023.

DATE D'ACCEPTATION : 26/11/2023.

DATE DE PUBLICATION : 29/01/2025.

RÉFÉRENCES

1. Yeh MW, Ituarte PH, Zhou HC, Nishimoto S, Liu IL, Harari A, et al. Incidence and prevalence of primary hyperparathyroidism in a

racially mixed population. The Journal of clinical endocrinology and metabolism. 2013; 98 (3):1122-9.

2. Griebeler ML, Kearns AE, Ryu E, Hathcock MA, Melton LJ, 3rd, Wermers RA. Secular trends in the incidence of primary hyperparathyroidism over five decades (1965-2010). Bone. 2015; 73: 1-7.

3. Machado NN, Wilhelm SM. Diagnosis and Evaluation of Primary Hyperparathyroidism. The Surgical clinics of North America. 2019; 99 (4): 649-66.

4. Cormier C, Koumakis E. Os et hyperparathyroïdisme primaire. Revue du Rhumatisme. 2021; 88 (2): 110-9.

5. Singh Ospina NM, Rodriguez-Gutierrez R, Maraka S, Espinosa de Ycaza AE, Jasim S, Castaneda-Guarderas A, et al. Outcomes of Parathyroidectomy in Patients with Primary Hyperparathyroidism: A Systematic Review and Meta-analysis. World Journal of Surgery. 2016; 40 (10): 2359-77.

6. Wermers RA, Khosla S, Atkinson EJ, Achenbach SJ, Oberg AL, Grant CS, et al. Incidence of primary hyperparathyroidism in Rochester, Minnesota, 1993-2001: an update on the changing epidemiology of the disease. Journal of bone and mineral research : the official journal of the American Society for Bone and Mineral Research. 2006; 21 (1): 171-7.

7. Ruda JM, Hollenbeak CS, Stack BC, Jr. A systematic review of the diagnosis and treatment of primary hyperparathyroidism from 1995 to 2003. Otolaryngology head and neck surgery : official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 2005; 132 (3): 359-72.

8. Zitouni SN. La chirurgie de l'hyperparathyroïdisme : Etat des lieux et perspectives expérience du service ORL CHU Annaba thèse pour obtention du Doctorat en Sciences Médicales. 2015.

9. Sahin A, Sakat MS, Sengoz F, Kilic K, Bilen A, Aktan B, et al. Diagnostic value of ultrasonography and 99mTc-MIBI scintigraphy for preoperative localization of parathyroid adenomas. 2021; 28 (7): 1351-4.

10. Zarraa L, Laalaoua Y, Berrabeh S, Rouf S, Latrech H. Hyperparathyroïdisme primaire: profil épidémiologique, clinique, paraclinique, et thérapeutique au CHU Mohammed VI Oujda. Annales d'Endocrinologie; 2021: Elsevier.

11. Khedher M, Rachdi I, Aydi Z, Baili L, Bendhaw B, Boussem F. Hyperparathyroïdisme primaire: à propos de 29 observations. Annales d'Endocrinologie. Elsevier. 2016.

12. Chiboub D, Romdhane N, Sifaoui A, Jameleddine E, Nefzaoui S, Hriga I, et al. Prise en charge de l'hyperparathyroïdisme primaire : à propos de 68 cas. Annales d'Endocrinologie. 2021; 82 (5): 313-4.

13. Hariz A, Belhaj L, Boukhriss I, Ben Nacef I, Chargui S, Kechaou I, et al. Aspects cliniques, paracliniques et thérapeutiques de l'hyperparathyroïdisme primaire : à propos d'une série de 17 cas. Annales d'Endocrinologie. 2016; 77 (4): 450.

14. Zitouni S, Bouzbid S, Bouchair A, Daoudi A, Djerad N, Farhi A, et al. Chirurgie de l'hyperparathyroïdisme primaire: notre expérience. 2013; 130 (4): A19-A20.

15. Cardot-Bauters C. Les hyperparathyroïdismes primaires familiales. Correspondances en Métabolismes Hormones Diabète et Nutrition 15 2011.

16. Dhouib H, Hammami B, Thabet AB, Drira MJ, TdOedCC-F. Traitement chirurgical de l'Hyperparathyroïdisme Primaire: Techniques et Résultats. 2006; 16:8-11.