

La chirurgie de l'hyperparathyroïdie : Etat des lieux et perspectives expérience du service O.R.L - CHU d'Annaba

جراحة فرط افراز الغدة الجاردرقية: الوضع الراهن وآفاق تجربة مصلحة أمراض الأذن الأنف
والحنجرة بالمركز الإستشفائي الجامعي عنابة

Surgery of Hyperparathyroidism: Status and Prospects experience of Otorhinolaryngology Service - CHU Annaba

ZITOUNI Souad⁽¹⁾

Service d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie de la face et du cou, Hôpital Dorban, CHU Annaba. Faculté de Médecine, Université BADJI Mokhtar Annaba 23000. Algérie

RESUME

L'hyperparathyroïdie qu'elle soit primaire (HPP) ou secondaire (HPS) à une insuffisance rénale chronique est due à une sécrétion élevée de parathormone. Le diagnostic positif est biologique. Le traitement chirurgical est la règle pour l'HPP. Dans l'HPS il intervient au terme d'une certaine période d'évolution, sur des formes particulièrement sévères d'hyperparathyroïdie avec échec du traitement médical à contenir l'hypersécrétion de parathormone.

L'objectif principal de cette étude est de présenter les résultats du traitement chirurgical de l'hyperparathyroïdie en fonction du cadre pathologique: hyperparathyroïdie primaire, hyperparathyroïdie secondaire à l'insuffisance rénale chronique au stade de dialyse.

Patients et méthodes

Etude mono centrique au service d'ORL et de chirurgie de la face et du cou d'Annaba d'une série de cas consécutifs avec recrutement rétro prospectif entre janvier 2002 et décembre 2013. Etaient inclus tous les patients présentant une des formes suivantes : HPP, HPS, HPT prouvée biologiquement, remplissant les critères d'opérabilité.

La série était composée de 131 patients opérés entre janvier 2002 et décembre 2013, répartis en 62 hyperparathyroïdie primaire et 69 hyperparathyroïdie secondaire et tertiaire. Le sex-ratio était de 1/8 pour l'HPP et de 1 pour l'HPS+T. L'âge moyen dans l'HPP était de $47,7 \pm 15$ ans. La tranche d'âge la plus concernée était celle comprise entre 40 et 60ans. Dans l'HPS+T la moyenne d'âge était de $37,7 \pm 13$ ans. La tranche d'âge la plus touchée était celle comprise entre 30 et 50 ans. L'origine géographique de nos patients était variée. Plus de un tiers des malades étaient originaires de la wilaya d'Annaba, les autres provenaient de toutes les wilayates limitrophes. La fréquence annuelle moyenne de la chirurgie de l'HPP était de 5 HPP/ année, celle de l'HPS+T de 6 HPS/année. Sur le plan clinique, les manifestations osseuses et rénales dominaient le tableau de l'HPP alors que dans l'HPS il s'agissait surtout de signes osseux et cutanés. La présentation biologique des deux affections étaient sévères avec des taux de PTH moyens de $867,78 \pm 954,50$ pg/mL dans l'HPP et de $1727 \pm 1380,10$ pg/mL pour l'HPS. Le retentissement osseux de l'hyperparathyroïdie était très prononcé. La résorption osseuse était observée dans 65% et 71% des cas dans l'HPP et l'HPS respectivement. L'imagerie de localisation basée sur le binôme échographie-scintigraphie avait affiché une sensibilité de 60,7% pour l'échographie et 66,5% pour la scintigraphie dans l'HPP et de 31,4% et 36,6% respectivement pour l'échographie et la scintigraphie dans l'HPS. La chirurgie dans l'HPP, a été réalisée sur le mode conventionnel par cervicotomie transverse dans 34 cas soit 54,8% et sur le mode mini invasif par parathyroïdectomie mini invasive ouverte dans 28 cas soit 45,2%. Les complications post opératoires étaient dominées par l'hypocalcémie sévère et le hungry bone syndrome. Le taux de guérison était de 90,3%.

Dans l'HPS, 60 patients (87% des cas) avaient subi une parathyroïdectomie subtotale, 9 patients (13%) avaient subi une parathyroïdectomie totale dont 7 avec auto transplantation et 2 sans autotransplantation. L'hypocalcémie dominait les suites post opératoires. Le taux de succès était de 91,7%.

La chirurgie de l'hyperparathyroïdie améliore l'état du squelette et la qualité de vie des

Président :

Pr. LANKAR Abdelaziz

Encadreur :

Pr. SAIDIA Abderahmane

Membres de Jury

Pr. KHARROUBI Smail

Pr. DAOUDI Abdeljalil

Pr. MECIBAH Ali

Pr. BOUCHAIR Abderazak

Date de soutenance :

12/11/2015

Correspondance :

Dr ZITOUNI Souad

E-mail :

zitouni_chudorban@yahoo.fr



ISSN 1172-4555

patients.

Les résultats de cette étude suggèrent que la chirurgie de l'hyperparathyroïdisme est un moyen efficace pour réduire la sécrétion de l'hormone parathyroïdienne. Elle améliore la symptomatologie clinique de la maladie sous ses différentes formes et la qualité de vie des patients. L'apport des explorations biologiques et radiologiques est capital. La chirurgie mini invasive est un challenge aux avantages considérables. Elle s'appuie sur la haute sensibilité de l'imagerie préopératoire pour localiser les adénomes parathyroïdiens.

Mots clés: hyperparathyroïdisme primaire, hyperparathyroïdisme secondaire, insuffisance rénale, calcémie, parathormonémie, imagerie préopératoire, parathyroïdectomie, chirurgie mini invasive.

ملخص

فرط افراز الغدة الجار درقية سواء كان الابتدائي (PPH) أو ثانوي (HPS) أثناء الفشل الكلوي المزمن يرجع إلى إفراز عالي من هرمون الغدة الجاردرقية. التشخيص هو عضوي. العلاج الجراحي هو القاعدة لـ PPH. أما في HPS فيتدخل بعد فترة معينة من التطور، وخاصة عند أشكال فرط افراز الغدة الجار درقية الشديدة ولا سيما مع فشل العلاج الطبي في احتواء فرط هرمون الغدة الجاردرقية. الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو تقديم نتائج العلاج الجراحي لفرط افراز الغدة الجار درقية وفقا للسياق المرضي: فرط الابتدائي، فرط الثانوي في مرض الكلى المزمن و في مرحلة غسيل الكلى. هذه الدراسة أحادية مركزية جرت في قسم الأنف والحنجرة وجراحة الوجه والعنق بالمركز الإستشفائي الجامعي بعنابة على سلسلة من الحالات مع تجنب تأثير رجعي ومستقبلي على التوالي من يناير 2002 حتى ديسمبر 2013. وشملت جميع المرضى الذين يعانون من الأشكال التالية: HPT، PPH، HPS التي ثبتت بيولوجيا مع معايير قابلية العلاج الجراحي.

السلسلة تتألف من 131 مريضا، مقسمة إلى 62 فرط افراز الغدة الجار درقية الابتدائي (PPH) و 69 فرط افراز الغدة الجار درقية الثانوي (HPS) و فرط هرمون الغدة الجاردرقية القطاع الثالث (HPT). نسبة الجنس 1 / 8 ل (PPH) و 1 ل (HPS) (HPT). كان متوسط العمر في (PPH) 47.7 ± 15 عاما. وكانت الفئة العمرية الأكثر تضررا الفئتين العمرية بين 40 و 60 عاما. في HPS + HPT كان متوسط أعمارهم 37.7 ± 13 عاما. كانت الأكثر تضررا الفئة العمرية بين 30 و 50 عاما. اختلف الأصل الجغرافي لمرضاها. وكان أكثر من ثلث المرضى من ولاية عنابة، وجاء آخرون من جميع ولايات مجاورة. وبلغ متوسط المعدل السنوي لجراحة PPH 5 عمليات / سنة، وبانسبة HPS + HPS T / 6 سنة. سريريا، إصابة العظام و الكلى تهيمن على جدول الأعراض لـ PPH بينما في HPS كان معظم الأعراض في العظام والجلد. كان العرض البيولوجي في كل الحالات مرتفع مع متوسط مستويات PTH من 867.78 ± 954.50 غ / مل في PPH و 1727 ± 1380.10 الغرام / مل لـ HPS. وقد كان الأثر واضح على مستوى العظام. لوحظ ارتشاف العظام في 65% و 71% من الحالات في PPH و HPS على التوالي. وكان التصوير و الفحص بالموجات فوق الصوتية الثنائية تعتمد على الموقع اظهرت حساسية 60.7% للموجات فوق الصوتية و 66.5% تصوير ومضاني في PPH و 31.4% و 36.6% على التوالي بالموجات فوق الصوتية و تصوير ومضاني في HPS. جراحة في PPH، أجريت على وضع عرضية cervicotomy التقليدية في 34 حالة أو 54.8% و الحد الأدنى من خلال استئصال جارات الدرق مينيملي مفتوحة في 28 حالة أو 45.2%. مضاعفات ما بعد الجراحة تمثلت في نقص كلس الدم ومتلازمة العظام الجياح. وكان معدل الشفاء 90.3%.

في HPS، خضع 60 مريضا (87% من الحالات) وكان مجموع استئصال جارات الدرق الفرعي 9 مرضى (13%) خضع لاستئصال جارات الدرق التام مع 7 لزرع الذاتي و 2 بغير الزرع الذاتي. يهيمن نقص كلس الدم الأجنحة بعد الجراحة. وكان معدل النجاح 91.7%.

جراحة فرط جارات الدرق تحسن حالة الهيكل العظمي ونوعية حياة المريض. وتشير نتائج هذه الدراسة إلى أن الجراحة من فرط جارات الدرق هو وسيلة فعالة للحد من إفراز هرمون الغدة الجاردرقية. وهو يحسن الأعراض السريرية للمرض في أشكاله المختلفة ونوعية حياة المرضى. مساهمة التحقيقات البيولوجية والإشعاعية أمر بالغ الأهمية. الحد الأدنى من الجراحة هو تحد للمزايا كبيرة. لأنه يقوم على حساسية عالية من التصوير قبل الجراحة لتحديد أورام الغدة الجاردرقية.

الكلمات الرئيسية: فرط افراز الغدة الجاردرقية الابتدائي، الغدة الجاردرقية، والفشل الكلوي، والكالسيوم في الدم، وهرمون الغدة الجاردرقية، والتصوير قبل الجراحة، استئصال جارات الدرق، الجراحات.

ABSTRACT

Introduction

Hyperparathyroidism, whether primary or secondary to chronic renal failure, is due to an elevated secretion of parathyroid hormone. The diagnosis is biological. Surgical treatment is the rule for PHP. In the SHP, it happens after a certain period of evolution, on particularly severe forms of hyperparathyroidism, with the failure of medical treatment to contain parathyroid hormone hypersecretion.

The main objective of this study is to: present the results of the surgical treatment of hyperparathyroidism according to the pathological context: primary

hyperparathyroidism, secondary hyperparathyroidism in chronic kidney disease at the stage of dialysis.

Patients and methods

A monocentric study was conducted at the ENT, face and neck surgery department of the University Hospital Center of Annaba, in a series of consecutive cases with retrospective recruitment, between January 2002 and December 2013. All patients with the following forms: HPP, SHP, THP, and who were biologically proven to fulfill the criteria of operability, were included in the study.

Results

The series consisted of 131 patients operated between January 2002 and December 2013, divided into 62 primary hyperparathyroidism and 69 secondary and tertiary hyperparathyroidism. The sex ratio was of 1/8 for HPP and 1 for SHP+T. The average age in the HPP was 47.7 ± 15 years. The most concerned age bracket was between 40 and 60 years. In the SHP + T, the average age was 37.7 ± 13 years. The most affected age bracket was between 30 and 50 years. The geographical origin of our patients was varied. More than one third of the patients were from the wilaya of Annaba, others came from all neighboring wilayas. The average annual rate of PPH surgery was 5 PHP / year and that of SHP+ T was 6 HPS / year. Clinically, bone and renal events dominated the chart of PPH whereas in SHP, it was mainly bone and skin lesions. The biological presentation of the two conditions was severe with average PTH levels of 867.78 ± 954.50 pg / mL in the HPP and 1380.10 ± 1727 pg / mL for SHP. The effect of hyperparathyroidism on the bones was very pronounced. Bone resorption was observed in 65% and 71% of cases in the HPP and HPH respectively. The imaging location based on both ultrasonography and scintigraphy had shown a sensitivity of 60.7% for ultrasonography and 66.5% for scintigraphy in PHP and 31.4% and 36.6% respectively for ultrasonography and scintigraphy in SHP. Surgery in PHP was performed on the conventional transverse mode, through cervicotomy in 34 cases, i.e., 54.8%, and through open minimally invasive parathyroidectomy in 28 cases, i.e., 45.2%. The postoperative complications were dominated by severe hypocalcemia and hungry bone syndrome.

In SHP, 60 patients (87% of cases) had undergone subtotal parathyroidectomy, 9 patients (13%) had undergone a total parathyroidectomy, 7 with an autotransplantation and 2 without. Hypocalcemia dominated the postoperative recoveries. The success rate was 91.7%.

The surgery of hyperparathyroidism improves the condition of the skeleton and the patients' quality of life.

Conclusion

The results of this study suggest that hyperparathyroidism surgery is an effective way to reduce the secretion of parathyroid hormone. It improves the clinical symptoms of the disease in its various forms and the patients' quality of life. The contribution of biological and radiological investigations is crucial. The minimally invasive surgery is a challenge with considerable advantages. It is based on the high sensitivity of preoperative imaging to locate parathyroid adenomas.

Keywords: primary hyperparathyroidism, secondary hyperparathyroidism, renal failure, serum calcium, parathormone, preoperative imaging, parathyroidectomy, minimally invasive surgery.



De droite à gauche

Pr. SAIDIA Abderahmane (décédé)

Pr. MECIBAH Ali

Pr. LANKAR Abdelaziz

Pr. DAOUDI Abdeljalil

Dr ZITOUNI Souad

Pr. BOUCHAIR Abderazak

Pr. KHARROUBI Smail