

Protocoles Opérationnels Standardisés Thérapeutiques et Exploratoires

FICHE P.O.S.T.E — ENDOCRINOLOGIE — PHOSPHOCALCIQUE · PROTOCOLE THÉRAPEUTIQUE

Réf. POSTE-PTH-HYPER · Version 1.0 — validée le 21/06/2026

HYPERPARATHYROIDIE — conduite à tenir

Objet

Diagnostiquer et traiter une hyperparathyroïdie (primaire ++) — hypersécrétion de PTH — et reconnaître la crise hypercalcémique aiguë (urgence).

CAT diagnostique

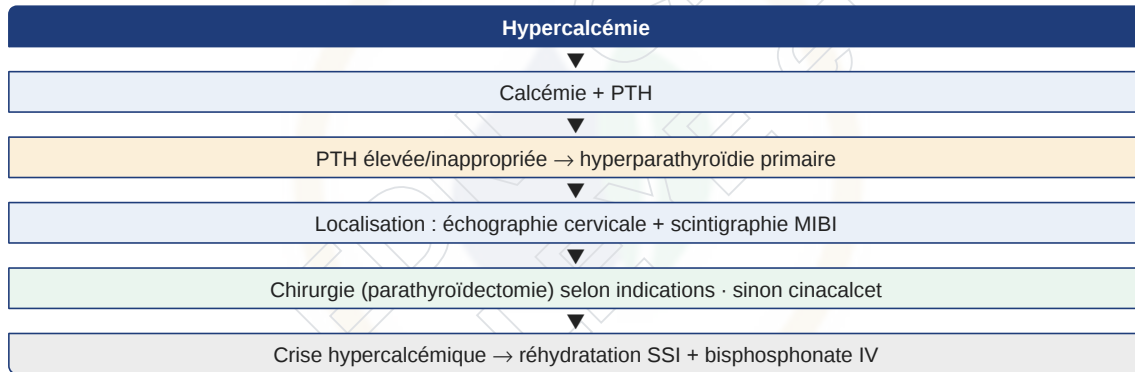
1. Signes cliniques

- Souvent **asymptomatique** (découverte fortuite d'une hypercalcémie).
- **Syndrome d'hypercalcémie chronique** : asthénie, anorexie, polyuro-polydipsie, constipation, nausées, troubles neuropsychiques.
- **Atteintes d'organes** : lithiase rénale/néphrocalcinose, douleurs osseuses/fractures (ostéite fibrokystique), ulcère gastroduodénal, pancréatite, HTA, chondrocalcinose.
- **Crise hypercalcémique aiguë** : déshydratation, troubles de conscience, troubles du rythme → urgence vitale.

2. Signes paracliniques

- **Hypercalcémie** (calcémie corrigée/ionisée) + **PTH élevée ou anormalement « normale »** (inappropriée) = hyperparathyroïdie primaire.
- **Hypophosphatémie, hypercalciurie** ; 25-OH vitamine D, créatinine/DFGe.
- **Localisation** : échographie cervicale + scintigraphie au MIBI (± TDM 4D) pour repérer l'adénome.
- **Retentissement** : DMO (ostéodensitométrie), échographie rénale (lithiase/néphrocalcinose).
- **Étiologies** : adénome (~85 %), hyperplasie, carcinome (rare) ; formes secondaire (IRC, carence vit D) et tertiaire.

Algorithme décisionnel



CAT thérapeutique

- **Parathyroïdectomie** (curatrice) — indications : forme symptomatique, ou asymptomatique avec critères (calcémie nettement élevée, DFGe abaissé, lithiase/néphrocalcinose, ostéoporose/fracture, âge < 50 ans).
- **Crise hypercalcémique aiguë** : **réhydratation par SSI 0,9 % massive, bisphosphonate IV** (acide zolédronique) ± calcitonine ; corticoïdes selon l'étiologie ; dialyse si forme réfractaire/IRC.
- **Si chirurgie refusée** : **cinacalcet** (calcimimétique) pour normaliser la calcémie ; **bisphosphonates** pour protéger l'os ; correction d'une carence en vitamine D (prudente).
- **HPT secondaire/tertiaire** (IRC) : correction du phosphate, analogues de la vitamine D, calcimimétiques ; parathyroïdectomie si autonomisation.

Surveillance

- Post-opératoire : calcémie (hypocalcémie transitoire, « hungry bone »), PTH ; cicatrisation, voix.
- Au long cours : calcémie, fonction rénale, DMO, lithiase.

Points de vigilance

- Éliminer une **hypercalcémie-hypocalciurie familiale bénigne** (calciurie basse) avant chirurgie.
- Surveiller l'hypocalcémie post-opératoire (syndrome de l'os affamé).

Adaptation à notre contexte (ressources limitées)

- Diagnostic accessible : calcémie + PTH + phosphatémie + calciurie ; échographie cervicale pour la localisation.
- Réhydratation SSI = pilier de la crise hypercalcémique ; bisphosphonate IV si disponible.
- Orienter vers un centre chirurgical expérimenté ; cinacalcet en alternative médicale si chirurgie indisponible.