

↑ PTH

I

II

III

Production excessive
inappropriée PTH

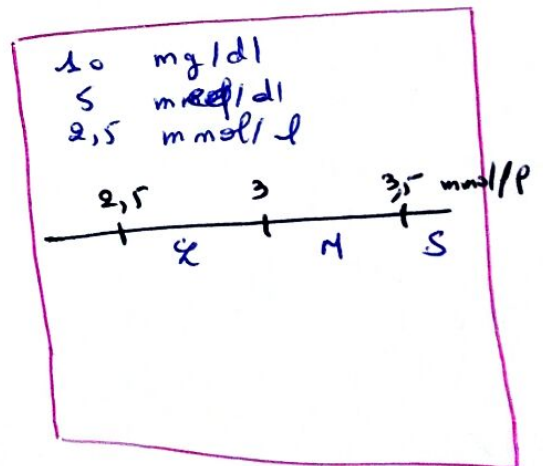
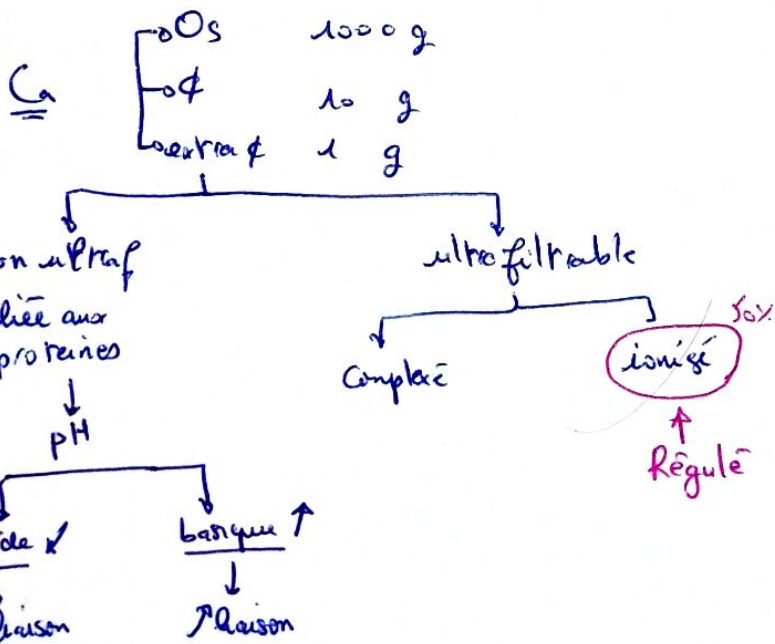
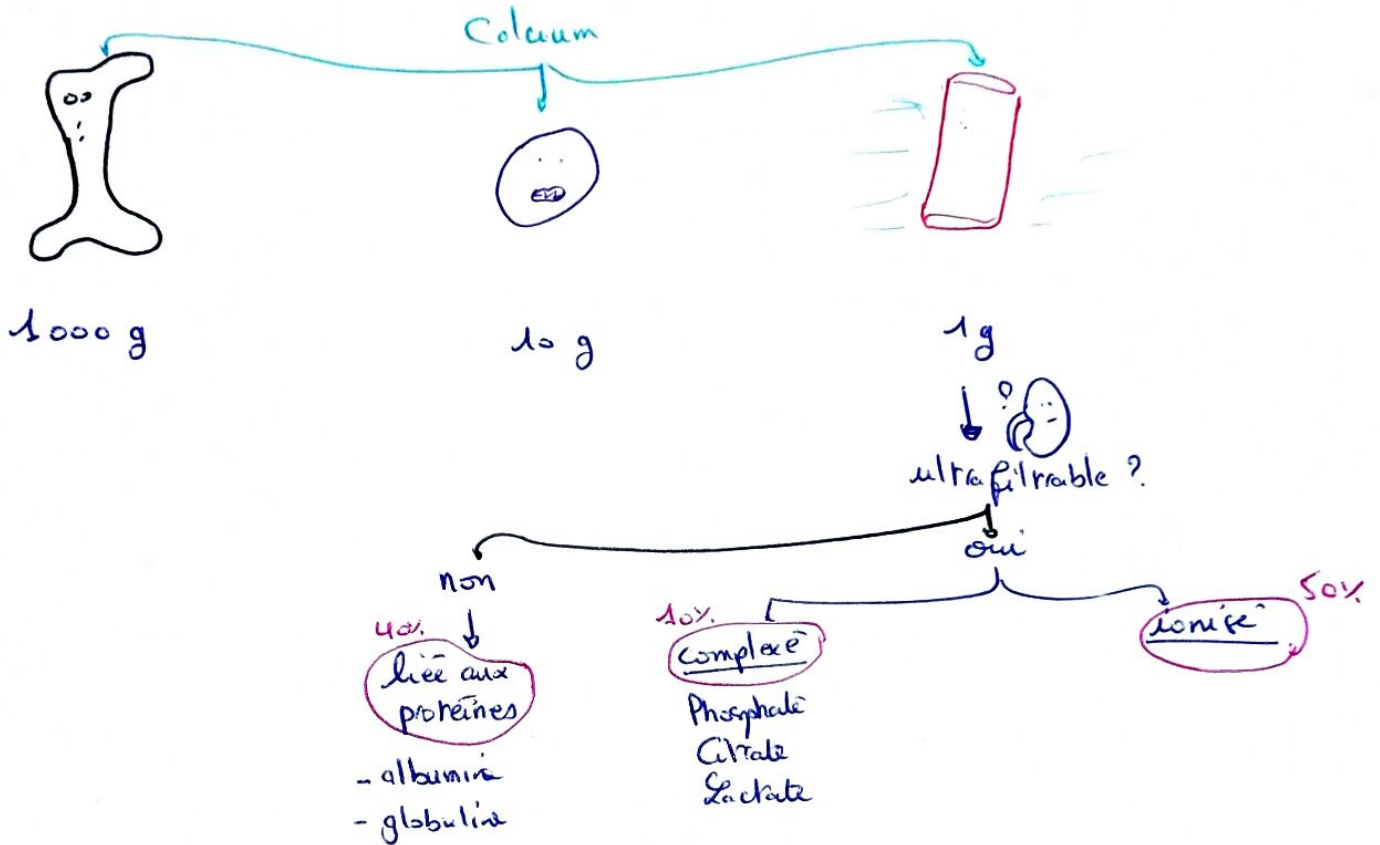
↓ Ca²⁺ → ↑ PTH

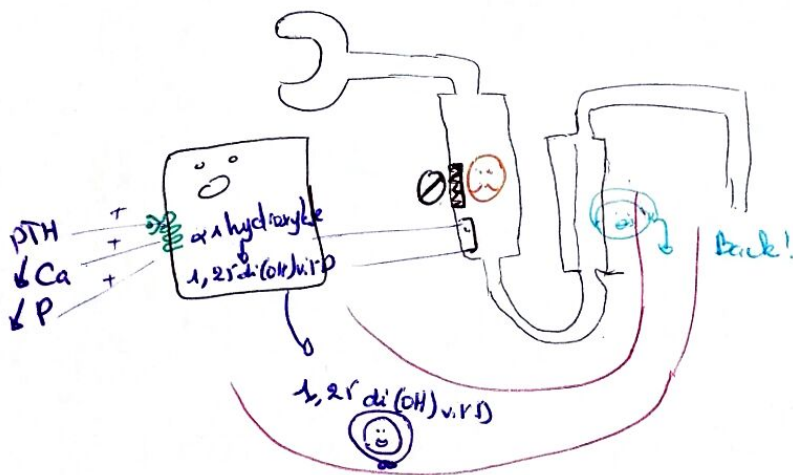
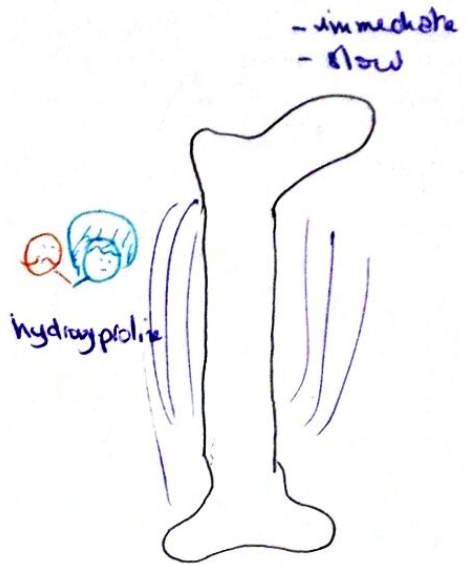
II → autonome
adénome

Fréquence: Thyroïde → diabète → PTH (↑; ↓. rare)

♀; > 30 ans

55% des ↑ Ca





Immediate:
osteocyte mb
Slow: PTH \rightarrow osteoblasts
 \rightarrow IL6 \rightarrow osteoclasts?
 \rightarrow acidic & collagen
 \rightarrow hydroxyproline \rightarrow urine
Ca + P
Ladys + fence

PTH \rightarrow \uparrow calcemia
 \downarrow phosphatemia \uparrow phosphaturia \uparrow hydroxyproline in urine

Clinique

Asymptomatique → 80% découverte fortuite

Symptomatique →

Clinique

Os - cortical ++

Rein
↳ lithiase rénale
↳ néphrocalcinose
↳ sd polyuro-polydipsique

Digestif - constipat°
ulcère G, D

Neuro musculaire et psychique

Cardio Va

Calcifications tissulaires

Crise aiguë hypercalcémique

Biologie

↑ calcémie ↑ calcurie
↓ phosphatémie ↑ phosphaturie
↑ PTH ↑ ALPc néphs

○ Néocalcin
○ Desoxyypyridinoline

Imagerie

Echographie cervicale

TDM/IRM

Scintigraphie en Setra mibi

Os - Cortical ++

Douleur : - os longs - bassin - rachis
- calmées / le repos

F# pathologiques, consolidation tardive

Tuméfactions osseuses ↳ mâchoires
↳ abcès

Ostéite fibrokytisque de Von Recklinghausen : exceptionnel

Rein : lithiase rénale → bilat, récurrente + hématurie, infection

Néphrocalcinose → IR!

sd polyuro-polydipsique → modéré (3-4 l/j)

Digestif : Anorexie, nausées, vomissements

Constipation

Ulcère G, D

↳ ↑ Ca²⁺ → ⊕ ↳ Gastrique ⊕
↳ NEM ⊕ avec gastrome ⊕
↳ Sécrétion acide

Neuro-musculaire et psychique

Asthénie, somnolence, ↓ force musculaire

États psychotiques ou dépressifs

extrême → Coma!

Cardio Va : HTA

Calcifications tissulaires

Ca Conjonctives

Cornée

Catanes (pruit)

Articulations (pseudo-goutte)

Artes (Mediacalcos)

Crise aiguë hyper Ca

Troubles de la conscience → Coma
 Fièvre
 Vomissements incoercibles
 IRg

Facteurs déclenchants: DSH
 Diurétiques

Action bon agent hyper Ca
 A → D

Paraclinique

Biologie (↑Ca²⁺, ↑PTH)

↑ calcémie ↑ calciurie
 ↓ phosphatémie ↑ phosphaturie
 ↑ PTH ↑ AITP_n néphrogénique

Osteocalcine
 Desoxypyridinoline

Imagerie:

Echographie cervicale
 TDM / IRM
 Scintigraphie: ^{99m}Tc MIBI / Technétium
 - adénome en place.
 - adénome ectopique

Ca totale > 10,5 mg/dl (2,63 mmol/l)
 Ca ionisé > 5,5 mg/dl
 P: < 0,8 mmol/l

Calciurie > 300 mg/24h

Ca total IV: hypercalcémie normocalcique.

↓ albuminémie
 Acidose
 ↓ Nagnésémie

↓ vit D
 ↓ thyroïde
 secret^o modéré de PTH

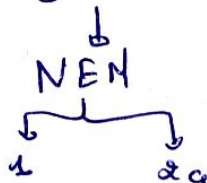
Dg étiologique

Adénome

+ unique ou multiple
 + ectopique ou en place

→ intra-thyroïdien
 → rétro-œsophagien
 → médiastinal

Hyperplasie



Carcinome

Dg différentiel

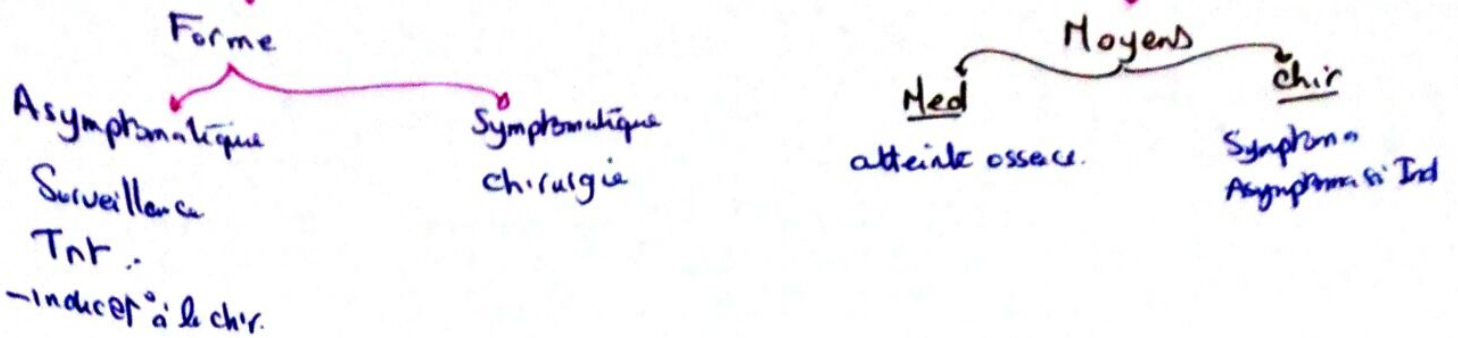
Affection maligne: → PTHrp
 → métastases osseuses

Granulomatoses

Étiogénés: diurétiques thiazidiques
 Surdosage Calam
 Intoxication aux vit A, D

A → vit
 C →
 D → vit, diurétique

Traitement



Asymptoma ..

Critères de Chir. 1, 2, 3, 4, 5, 6

- Age < 50 ans
- Lithiase urinaire ou nephrocalcinose.
- Calcémie > 3 mg/dl / limite > de NLE
- Calcémie > 400 mg / 24h
- Cléance créatinine < 60 ml/min
- DHO < 2,5

absents

Surveillance

Calcémie, Calcémie, Cléance → annuellement
 DHO → tous les 1-2 ans
 Echo abd → si suspicion de lithiase

Présents → Chirurgie ✓

Traitement

Médicamenteux

Ostéoporese:

- bisphosphonate
- THS
- SERM
- Calcimimétiques

Chirurgie

Asi répondent aux critères
 La Symptôme.

Adénome

Adenomectomie

Hyperplasie

3 PT et 1/2

Carcinome

Ecréte large
 Curage gg

Complicat^o: ↓ Ca transitoire
 Paralysie neuromusculaire (except^o)

Results: Excision
 Récurés si adénome ectopique
 lésions multiples

↑ Calcémie aigue grave → aca

- A et
- Bisphosphonate IV
- Calcitonine
- Diurèse compensée +/-
- Epurat^o extra rénale +/-
- F Furosemide +/-
- G Glau
- H rehydratation

Sans signe de parité

Bisphosphonate IV puis relais PO
 +/- CTC.

Rehydratation