



Hyperparathyroïdie secondaire chez les insuffisants rénaux chroniques

A.Hzemi, L.Jmal, A.Dhieb, R.Guidara, A.Jmal Ennaiefer

Laboratoire de biologie médicale, Hôpital Mahmoud El Matri, Ariana, Tunisie

Introduction :

L'hyperparathyroïdie secondaire est une complication métabolique commune chez les patients atteints de maladie rénale chronique. Elle débute avant même le stade terminal de l'insuffisance rénale chronique et concerne la plupart des patients hémodialysés. Les taux sériques élevés de parathormone (PTH) qui la caractérisent sont secondaires à des anomalies du métabolisme phosphocalcique. L'objectif de notre étude était de déterminer la prévalence de l'hyperparathyroïdie secondaire et de préciser le profil biologique de deux groupes de patients insuffisants rénaux chroniques : un premier groupe au stade de dialyse et un deuxième groupe au stade de pré-dialyse, en se basant sur les recommandations des Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) 2009.

Matériels et Méthodes :

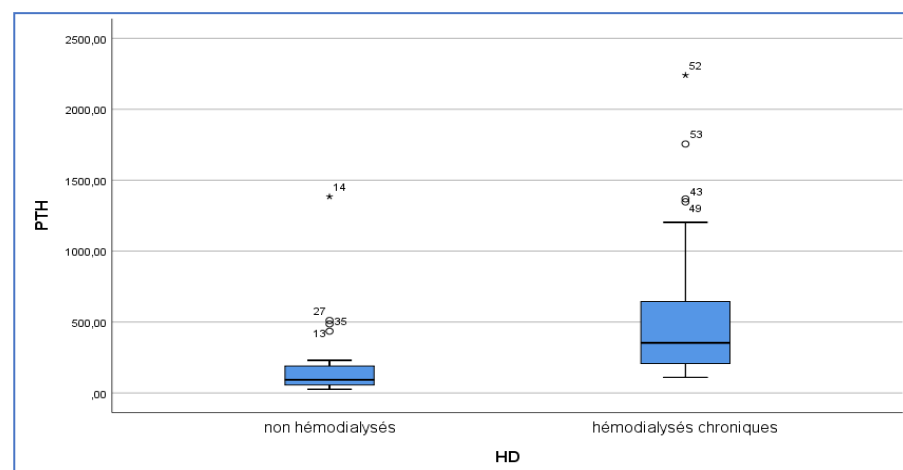
Nous avons réalisé une étude transversale et comparative entre deux groupes : le groupe 1 incluant 41 patients hémodialysés chroniques suivis au service d'hémodialyse de l'hôpital Mahmoud El Matri de l'Ariana et le groupe 2 incluant 39 patients insuffisants rénaux chroniques classés aux stade 3,4 et 5 suivis à la consultation externe de néphrologie du même hôpital. Pour chaque patient, les paramètres biologiques étudiés étaient la PTH, la Vitamine D, le calcium et le phosphore. Ces paramètres étaient dosés au laboratoire de biologie médicale de l'hôpital sur l'automate Cobas 6000 de Roche Diagnostics et interprétés en se référant aux recommandations de KDIGO 2009.

Résultats :

L'âge moyen des patients du groupe 1 était de $50,80 \pm 15,69$ et celui du groupe 2 était de $73,23 \pm 10$. Les sex-ratio (H/F) étaient de 1,73 et 1,29 respectivement pour les groupes 1 et 2. Les principales néphropathies causales étaient glomérulaires (34,1%) et de cause indéterminées (29,3%) pour le groupe 1 et d'origine indéterminé (35,9%) et vasculaire (35,9%) pour le groupe 2. Nous avons noté une différence significative pour les taux sériques de la PTH entre les deux groupes avec une moyenne de concentration de $507,81 \pm 468,03$ pg/ml et de $167,12 \pm 231,99$ pg/ml respectivement pour les groupes 1 et 2 ($p < 0,001$). En se référant aux recommandations du KIDGO, nous avons noté que 26,8% des patients du groupe 1 étaient en hyperparathyroïdie (PTH dépassant neuf fois la limite supérieure) contre 69,2% pour le groupe 2 (PTH dépassant la limite supérieure des normes du laboratoire). Les moyenne de la 25 OH Vitamine D pour les groupe 1 et 2 étaient respectivement de $19,82 \pm 13,86$ ng/ml et $17,29 \pm 8,78$ ng/ml sans différence significative entre les deux groupes. Par ailleurs, une carence en Vitamine D était notée chez 61% des patients hémodialysés et 73,6% des patients du groupe 2.

Les prévalences de l'hypocalcémie et de l'hyperphosphorémie pour les patients hémodialysés étaient respectivement de 51,2% et 65,9%. Pour le groupe 2, une hypocalcémie et une hyperphosphorémie ont été retrouvés chez seulement 7,7% des patients

Figure1: Comparaison des moyennes de concentration de la PTH entre les deux groupes



Discussion:

Dans notre étude, seulement 14,6% des hémodialysés avaient une calcémie, une phosphatémie et une PTH intacte qui répondaient aux recommandations de KDIGO 2009. Nos résultats sont corroborés par plusieurs travaux. Deux études françaises réalisées par Pelletier et al (1) et Laradi et al (2) ont trouvé des prévalences respectives de 11,5% et de 10% . Ces faibles taux pourraient s'expliquer par le retard de prise en charge des patients et la mauvaise observance du traitement.

Conclusion :

L'hyperparathyroïdie est une complication incontournable et précoce de l'insuffisance rénale chronique qui peut s'installer même en pré dialyse. D'où l'intérêt de la surveillance biologique précoce et du démarrage du traitement préventif pour maintenir la calcémie, la phosphorémie et le taux sérique de la vitamine D dans les fourchettes en se basant sur les recommandations de KDIGO.

Références:

1. Solenne Pelletier et al. Évolution de la prise en charge des troubles minéraux et osseux des patients hémodialysés en France entre 2008 et 2012 : Observatoire national du métabolisme minéral et osseux .Néphrologie & Thérapeutique, Volume 12, Issue 3, 2016, Pages 171-177.
2. Laradi A, Babinet F. Profil épidémiologique et statut phosphocalcique des patients incidents pris en dialyse entre octobre 2010 et avril 2011. Néphrologie et thérapeutique. 2011;7(5): 421.