

Cas clinique N°1 : M Laroche

Mme F..., 62 ans, est fatiguée, déprimée depuis 6 mois. Elle a perdu 3 kg en raison de nausées et d'une perte de l'appétit. L'examen clinique est cependant normal.

Elle a comme antécédents : une colopathie fonctionnelle, une cervicarthrose et des troubles circulatoires veineux des membres inférieurs.

Le bilan biologique demandé devant cette asthénie est le suivant : VS : 10, CRP : < 7, NFS : normale , TGO, TGP : normales, TSH : normale, Calcémie : 2.75 mmol/l. Créatininémie : 70 micromoles/l.

Questions :

- 1) Quelles sont les deux grandes causes d'hypercalcémie?
- 2) Par quels mécanismes entraînent- elles une hypercalcémie ?
- 3) Quels sont les deux examens biologiques qui vont permettre de différencier ces deux groupes étiologiques ?
- 4) Quels autres examens complémentaires doit-on réaliser, pour être plus exhaustif, afin d'éliminer les causes plus rares ?
- 5) Quel examen complémentaire doit-être réalisé pour chercher d'éventuelles complications de l'hypercalcémie ? Que peut-il montrer ?
- 6) Si cet examen est normal, doit-on traiter symptomatiquement l'hypercalcémie de cette malade ?
- 7) De quoi dépend la gravité de l'hypercalcémie ?

Réponses cas clinique N01:

- 1) **Hyperparathyroïdie (HPT) primitive (5), cancers (3) et Myélome (3).**
- 2) Dans l'HPT c'est la **PTH sécrétée en excès qui provoque l'hypercalcémie (2)**. En effet, la PTH a une action hyper calcémiant en **augmentant la résorption osseuse (3), en augmentant la réabsorption tubulaire rénale du calcium (3) et augmentant son absorption digestive par l'intermédiaire du 1-25 OH D3 dont elle favorise l'hydroxylation (3)**. Lors de maladies néoplasiques, l'Hypercalcémie peut résulter de libération de calcium par des **métastases osseuses lytiques (3)** ou de sécrétions de **cytokines entraînant indirectement une hyper résorption osseuse (IL6, TNF alpha, système rank-rankl) (3)**. Enfin les cellules tumorales sécrètent parfois du PTH rp, qui a une action biologique proche de la PTH et entraîne, par les mêmes mécanismes que la PTH, une hypercalcémie (3).
- 3) **Phosphorémie (4) et dosage de la PTH intacte (4): dans l'HPT la phosphorémie est abaissée dans 85% des cas, et la PTH augmentée et inadaptée à la calcémie (5)**. Lors de cancers, la Phosphorémie est normale ou élevée (excepté en cas de sécrétion de PTHrp) et la PTH est basse dans tous les cas (5).
- 4) **Radiographie thoracique (2) et dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (2) pour éliminer une sarcoidose (3), dosage du 1-25 OH D3 (3) : augmenté en cas maladie granulomateuse ou de lymphopathie à l'origine de l'hypercalcémie (2). Scintigraphie osseuse pour chercher des métastases (2)**. Le dosage de la TSH était normal chez cette malade.
- 5) **ECG (6) : dans un premier temps cet examen peut montre un raccourcissement de l'espace QT (3), ensuite divers troubles du rythme ou de la conduction peuvent être objectivés : BAV, EXA, ESV (4)**.
- 6) **Non, s'il n'existe pas de susceptibilité particulière du malade, l'hypercalcémie ne doit être traitée que lorsqu'elle est supérieure à 3 mmol/l (7)**.
- 7) **L'importance de l'hypercalcémie (4), la rapidité de son augmentation (4), la susceptibilité du malade (antécédents cardiaques, neurologiques) (4)**.