

Syndrome de l'os affamé (Hungry Bone Syndrome) après parathyroïdectomie pour carcinome parathyroïdien : À propos d'un cas avec revue de la littérature

Auteur : ZERROUKI. Abdeldjallil * ; ELBORDI. Z* ; Dr BELFEKROUN.M**** ;TALBI.M***; BOUSMAHA. D** ; OUGUIRTI.N* ; GUENDOUZI.T*

*service de chirurgie oncologique, Hôpital mixte de lutte contre le cancer de SIDI BEL ABBES

** Service d'anatomopathologie, Hôpital mixte de lutte contre le cancer de SIDI BEL ABBES

*** service d'anesthésie réanimation, Hôpital mixte de lutte contre le cancer de SIDI BEL ABBES

**** Service d'endocrinologie, CHU HASSANI Abdelkader, SIDI BEL ABBES.

Introduction : Le syndrome de l'os affamé (Hungry Bone Syndrome, HBS) est une complication métabolique rare mais potentiellement grave, survenant en période post-opératoire après correction chirurgicale d'une hyperparathyroïdie primaire sévère, il se caractérise par une hypocalcémie profonde et prolongée secondaire à une avidité osseuse massive pour le calcium et le phosphore. Nous rapportons un cas de carcinome parathyroïdien révélé par une hyperparathyroïdie primaire sévère, compliqué en post-opératoire par un syndrome de l'os affamé.

Observation : Patiente de 55 ans, aux antécédents d'hypertension artérielle et d'épilepsie sous traitement, hospitalisée pour hyperparathyroïdie primaire. Le bilan biologique révélait une hypercalcémie à 120 mg/l, une hypophosphorémie à 19 mg/l et une PTHi à 82 pg/ml. L'imagerie (échographie cervicale et scintigraphie) retrouvait un nodule parathyroïdien cervical supérieur droit, la préparation pré-opératoire s'est avérée difficile, nécessitant l'administration de biphosphonates et une alcoolisation percutanée pour stabiliser la calcémie. La patiente a bénéficié d'une lobo-isthmectomie thyroïdienne droite emportant le nodule parathyroïdien de 3 cm en post-opératoire immédiat, la PTHi s'est normalisée instantanément, suivie d'une hypocalcémie sévère avec tableau clinique évocateur du syndrome de l'os affamé. L'anatomopathologie a conclu à un carcinome parathyroïdien avec engainement péri-nerveux. Le bilan d'extension était négatif et une radiothérapie adjuvante a été décidée.

Discussion

Le syndrome de l'os affamé (HBS) désigne une hypocalcémie post-opératoire prolongée, définie par une calcémie inférieure à 85 mg/l persistant plus de 4 jours après la chirurgie parathyroïdienne, et nécessitant une supplémentation calcique soutenue, sa physiopathologie repose sur un déséquilibre brutal entre l'activité ostéoclastique et ostéoblastique : en situation d'hyperparathyroïdie chronique sévère, le remodelage osseux est fortement accéléré sous l'effet d'un excès de PTH, dès la levée chirurgicale de cet excès hormonal, l'ostéoclastose diminue brutalement tandis que l'activité ostéoblastique reste intense, les ostéoblastes, désormais non freinés, captent massivement le calcium et le phosphore circulants pour reminéraliser le tissu ostéoïde accumulé, entraînant une hypocalcémie profonde et une hypophosphorémie prolongées.

Plusieurs facteurs prédisposent au développement d'un HBS après parathyroïdectomie. L'hypercalcémie pré-opératoire sévère, comme observée chez notre patiente (120 mg/l), constitue le principal facteur de risque. Les autres facteurs identifiés dans la littérature incluent : un taux de PTH pré-opératoire très élevé, une maladie osseuse sous-jacente avancée (ostéite

fibrokystique, fractures), une durée prolongée de l'hyperparathyroïdie, ainsi qu'un taux de phosphatases alcalines élevé en pré-opératoire, reflet du turn-over osseux. La coexistence d'une carence en vitamine D, fréquente dans cette population, aggrave le risque et l'intensité du syndrome. Dans notre cas, la nécessité d'une préparation pré-opératoire prolongée avec biphosphonates et alcoolisation percutanée témoignait de la sévérité de l'hyperparathyroïdie et du risque élevé de HBS post-opératoire.

Le HBS se manifeste cliniquement par des signes d'hypocalcémie aiguë : paresthésies péri-buccales et des extrémités, crampes musculaires, signe de Chvostek et de Trousseau positifs, et dans les formes sévères, des convulsions et une tétanie généralisée. Sur le plan biologique, l'hypocalcémie est profonde et s'accompagne d'une hypophosphorémie, d'une hypomagnésémie et d'une élévation de la PTH secondaire reflétant la sidération transitoire des parathyroïdes controlatérales — phénomène observé chez notre patiente où la PTHi s'était normalisée instantanément en post-opératoire avant de diminuer. La durée du syndrome est variable, allant de quelques jours à plusieurs semaines selon la sévérité de l'atteinte osseuse initiale.

La prise en charge du HBS repose sur une supplémentation calcique intensive, initialement par voie intraveineuse (gluconate de calcium en perfusion continue) puis relayée per os dès que possible à des doses élevées (3 à 9 g/jour de calcium élémentaire). La supplémentation en calcitriol (1,25-dihydroxyvitamine D3) est indispensable pour faciliter l'absorption intestinale du calcium et réduire la durée de la supplémentation.

Conclusion : Le syndrome de l'os affamé après parathyroïdectomie pour carcinome parathyroïdien est une complication grave à anticiper, notamment en cas d'hypercalcémie sévère et prolongée en pré-opératoire. Une supplémentation calcique intensive et une surveillance biologique rapprochée sont indispensables en post-opératoire.