

Spondyloarthropathie paraplégante régressive après parathyroïdectomie

D. DURET, P. PERDON, M-C. PICHARDIE - Hôpital Pellegrin-Tripode - BORDEAUX

Les arthropathies érosives chez les dialysés sont connues depuis de nombreuses années mais ce n'est qu'aux environs de 1980 qu'elles ont été décrites au niveau de rachis.

Nous rapportons ici un cas de DSA survenant chez une femme hémodialysée depuis 12 ans, se traduisant par une compression médullaire, d'évolution favorable après stabilisation rachidienne chirurgicale et parathyroïdectomie (PTX).

Une femme de 62 ans est adressée en novembre 1990 dans le service de chirurgie orthopédique pour des douleurs dorsales et des troubles de la marche depuis un mois.

Dans ses antécédents, on retient : une obésité depuis l'enfance, une HTA et une protéine connues depuis 1944, un diabète non insulino-dépendant depuis 1962, une insuffisance rénale découverte en 1978 et suivie rapidement de la mise en hémodialyse (3 séances de 4 heures par semaine sur membrane en polyacrylonitrile avec bain au bicarbonate). Son traitement comporte : insuline, une association Dihydralazine-Oxyprénolol et du carbonate de calcium. Les années suivantes sont marquées par de nombreux problèmes d'abord vasculaire.

En mars 1988, elle bénéficie d'une lobectomie thyroïdienne droite pour nodule froid; l'examen anatomopathologique de la pièce opératoire met en évidence un adénome foetal sans aucun signe de malignité, mais également une hyperplasie parathyroïdienne. A l'époque elle présente déjà un tassement vertébral D9D10; la calcémie est à 2,2 mM/L, la phosphorémie à 2,2 mM/L et les phosphatases alcalines à 364 U/L (N: 30-120 U/L). La patiente refuse alors une cervicotomie exploratoire. A la fin de l'été 1990, la patiente présente une impotence fonctionnelle des membres inférieurs l'obligeant progressivement à l'usage d'un fauteuil roulant.

A l'entrée dans le service, en novembre 1990, il existe : aux membres inférieurs, une paraparésie bilatérale L2L3L4 à prédominance proximale avec signe de Babinski bilatéral, sans niveau sensitif ni trouble du tonus; une aréflexie globale et une hypoesthésie vibratoire distale. En revanche, il n'existe ni cervicalgie ni déficit moteur ou sensitif aux membres supérieurs.

La calcémie (avant dialyse) est à 2,33 mM/L, la phosphorémie à 2,58 mM/L, et les phosphatases alcalines à 249 U/L. Le taux de la PTH (molécule intacte) par dosage radioimmunologique est à 1965 pg/ml. (Normale inférieur à 60 pg/ml).

Les radiographies rachidiennes standard objectivent une déminéralisation osseuse diffuse, une ostéolyse quasi complète du corps de C5, et une lyse du corps vertébral de D10, lequel est tassé et luxé en avant. On note également des érosions sous périostées des houppes phalangiennes et un aspect piqueté de la voûte crânienne.

Le myéloscanner retrouve la lyse de D10 et montre un blocage quasi complet du produit de contraste par un processus tissulaire expansif extradural à ce niveau.

L'IRM précise l'aspect des vertèbres C5 et D10 et leur retentissement sur la moelle; ces images ne se réhaussent pas en séquence T2.

Une biopsie vertébrale réalisée en D11 ne met en évidence aucune composante tumorale.

Par ailleurs, l'exploration morphologique des parathyroïdes (échographie et scanner cervicaux) montre une image arrondie hypoéchogène au pôle inférieur du lobe thyroïdien gauche.

Un traitement chirurgical en deux temps est alors rapidement entrepris : laminectomie de D10 et ostéosynthèse de D6 à L3 d'abord; ostéosynthèse cervicale ensuite, au cours de laquelle une parathyroïdectomie totale est réalisée.

L'examen anatomopathologique de D10 montre une prolifération d'ostéoclastes avec augmentation de la résorption désorganisant les travées osseuses, des foyers de nécrose et des signes de remodelage; il existe également des plages amorphes acellulaires non constituées de formation microcristallines, et au niveau desquelles les colorations spéciales éliminent une amylose.

Quant à l'examen des pièces parathyroïdiennes, il confirme l'existence d'une hyperplasie, nodulaire au niveau de la glande supérieure gauche, et uniforme pour la parathyroïde inférieure gauche.

Les suites opératoires sont simples et après une convalescence dans un établissement de rééducation la patiente retrouve une mobilité satisfaisante. Revue six mois après, elle marche avec appui. Le taux de PTH sanguin est alors à 173 pg/ml et les paramètres phosphocalciques sont normalisés : calcémie à 2,28 mM/L, phosphorémie à 1,38 mM/L (avant dialyse).

La spondyloarthropathie des dialysés est une entité maintenant bien connue. Plusieurs étiologies sont possibles, parmi lesquelles l'hyperparathyroïdie est la plus souvent évoquée. Cette affection est habituellement paucisymptomatique. Elle peut cependant, comme le prouve notre observation, se présenter de façon plus dramatique. Même si elle n'en est pas l'unique facteur causal, l'hyperparathyroïdie semble du moins être le facteur contributif le plus important puisque dans plusieurs cas dont le nôtre, une parathyroïdectomie subtotale a permis une sédation rapide des douleurs et l'absence de progression des lésions radiologiques. Un contrôle précoce de l'hyperparathyroïdie chez les insuffisants rénaux chroniques pourrait contribuer à la prévention de la DSA.