

Fiches pratiques : Hypercalcémie et hyperparathyroïdie en médecine générale

Hypercalcémie et Hyperparathyroïdie primaire		Délais de consultations endocrinologues
<p>Signes cliniques : Asthénie importante, amaigrissement, déshydratation extracellulaire Anorexie, nausées, vomissements Constipation, douleurs épigastriques Syndrome polyuro-polydipsique</p>		
<p>Examens de dépistage : Calcémie, phosphore, albumine, créatinine, vitamine D (25 OH vitamine D) Attention : Ne pas corriger systématiquement la calcémie selon l'albumine, mais tenir compte de son éventuelle sous-estimation en cas d'hypoalbuminémie.</p>		
<p>Conduite à tenir selon les niveaux de calcémie :</p>		
<ul style="list-style-type: none"> 2,70-2,89 mmol/L : hypercalcémie modérée, favoriser hyperhydratation orale. 	Dans les 6 mois	
<ul style="list-style-type: none"> 2,90-2,99 mmol/L : hyperhydratation orale impérative et avis endocrinologique rapide. 	Rapide < 1 mois	
<ul style="list-style-type: none"> 3 mmol/L : réaliser immédiatement un ECG, orienter vers les urgences pour hydratation IV ± biphosphonates selon étiologie. 	Avis urgent (Chum'line)	
<ul style="list-style-type: none"> 3,5 mmol/L (urgence vitale) : hospitalisation immédiate pour traitement urgent (hydratation IV + biphosphonates). 	A adresser aux urgences	
<p>En cas d'hypercalcémie confirmée :</p>		
<p>Dosage de la PTH indispensable.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> PTH élevée ou non-basse : rechercher hyperparathyroïdie primaire (55 % des cas), hypercalcémie hypocalciurique familiale ou hyperparathyroïdie tertiaire. 	Orientation endocrinologue	
<ul style="list-style-type: none"> PTH basse (< 20 pg/ml) : hypercalcémie secondaire (myélome, lésions ostéolytiques, syndrome paranéoplasique, granulomatose, causes iatrogènes). 	Orientation spécialistes concernés selon étiologie	
<p>Attention :</p>		
<p>Eviter de doser la PTH si la calcémie est normale, sauf cas particulier.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> Si PTH élevée avec calcémie normale : <ul style="list-style-type: none"> Correction d'une éventuelle insuffisance/carence en vitamine D (Objectif >30ng/ml) Vérifier des apports calciques (questionnaire GRIO, objectif > 1200mg par jour femme ménopausée, homme >65 ans, >1500 mg par jour si femme enceinte, 1000mg /jour autres cas), recherche insuffisance rénale 		
<ul style="list-style-type: none"> Contrôle à minimum 6 mois après correction de la carence en vitamine D 	Consultation endocrinologue sans urgence si anomalie persiste.	
<p>Bilan de localisation à faire uniquement en cas d'indication opératoire</p>		

Références : Recommandations HAS Décembre 2022 & Société française d'Endocrinologie (SFE)