

1-Kystes du tractus thyroïdienne : à propos de 50 cas.

Lajhouri M, Mediouni A, Jouini Z, Mnif A, Guesmi S, Mejri M, Marrakchi J, Bechraoui R, Chahed H, Ben Amor M, Beltaief N, Besbes G, Zanine R

Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, hôpital La Rabta.

Introduction : Les kystes du tractus thyroïdienne (KTT) sont la malformation cervicale congénitale la plus fréquente. Ils se développent sur le trajet du canal thyroïdienne depuis le foramen caecum jusqu'à la glande thyroïdienne. Le diagnostic peut être posé à n'importe quel âge, mais la majorité des kystes sont diagnostiqués au cours de la première décennie de la vie. Le diagnostic est suspecté sur des arguments cliniques. L'échographie cervicale est l'examen de choix pour confirmer la nature kystique de la tuméfaction, et surtout pour préciser le siège normal de la glande thyroïdienne. Le traitement chirurgical est bien codifié. Les complications post-opératoires sont dominées par l'hématome compressif de la base de langue. L'examen anatomopathologique définitif permet une confirmation formelle du diagnostic et certifie l'absence de dégénérescence maligne rare mais possible.

L'objectif de ce travail est de rapporter notre expérience dans la prise en charge des KTT.

Patients et méthodes : Il s'agit d'une série de 50 patients opérés pour KTT sur une période de cinq ans (2016- 2020) au service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale de l'hôpital La Rabta. Initialement, 57 dossiers étaient étudiés. Sept dossiers ont été ensuite exclus dont un dossier de fistule du tractus thyroïdienne et 6 dossiers où l'examen anatomopathologique définitif avait conclu à un kyste dermoïde ad-hyoïdien.

Résultats : La population étudiée était répartie en 31 hommes et 19 femmes soit un sexe ratio de 1.55. L'âge médian était de 18 ans (02ans – 60 ans), 56% des patients avaient moins de 10 ans. Les signes révélateurs étaient, la tuméfaction cervicale chez 40 patients (80%), suivie par les signes inflammatoires locaux traduisaient une surinfection du kyste chez 09 patients (18%). La découverte était fortuite à l'échographie chez un seul patient (2 %). L'examen retrouvait une tuméfaction cervicale médiane ou paramédiane mobile à la déglutition et à la protrusion de la langue chez tous les patients. Une échographie cervicale était pratiquée chez tous les patients. Le kyste avait un aspect anéchogène homogène dans 11 cas (22%), échogène faiblement hétérogène dans 13 cas (26%). La taille moyenne du kyste était de 2 cm ± 0,9 cm. La glande thyroïdienne était présente et de siège normal chez tous les patients. La tomodensitométrie cervicale était pratiquée chez 4 patients (8%), justifiée par la taille du kyste chez 3 patients. La chirurgie selon la technique de Sistrunk était réalisée à distance des épisodes de surinfection. Un examen anatomopathologique extemporané était réalisé chez 10 patients (20%), tous adultes. Aucune complication post-opératoire immédiate n'a été observée. L'examen anatomopathologique définitif n'a révélé aucun cas de dégénérescence maligne sur KTT. Une récurrence du KTT était observée chez un seul patient après un délai de 4 mois, probablement en rapport avec une technique chirurgicale insuffisante.

Conclusion : Le kyste du tractus thyroïdienne est une pathologie relativement fréquente en ORL. Une technique chirurgicale rigoureuse est le meilleur garant de suites opératoires immédiates simples et prévient les récurrences. Bien que rare, la dégénérescence maligne reste possible surtout chez l'adulte. Il faut savoir la suspecter en pré-opératoire pour proposer la prise en charge la plus adéquate possible.

2-Kyste du tractus thyroïdienne chez l'adulte : A propos de 27 cas

Ferjaoui M , Kolsi N, Bergaoui E, Naouar M, Bouatay R, Elkorbi A, Harratho K, Koubaa J

Service d'ORL et CCF CHU Fattouma Bourguiba Monastir

Introduction : Les KTT sont des malformations cervicales congénitales dues à une persistance anormale du canal thyroïdienne. Ils représentent 70% des dysembryopathies cervicales. La dégénérescence des KTT est très rare, rapportée dans 1 à 1,5% des cas.

Objectif : L'objectif de ce travail est d'étudier les caractéristiques cliniques et les aspects thérapeutiques des kystes du tractus thyroïdienne chez l'adulte ainsi que les KTT dégénérées.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 27 patients traités pour Kyste du Tractus thyroïdienne opérés au service ORL et CCF de l'hôpital Fattouma Bourguiba Monastir sur une période allant de 2011 à 2019.

Résultats : Notre série comporte 27 patients d'âge moyen 33ans (extrêmes de 17 à 72 ans), dont 13 hommes et 14 femmes (sex ratio H/F :1,08) et aux antécédents personnels de KTT opéré au jeune âge dans 3 cas et une mise à plat d'une masse cervicale collectée dans un cas. Le délai moyen de consultation était de 27 mois. Le motif de consultation était une tuméfaction cervicale antérieure haute dans tous les cas. L'examen physique trouvait une tuméfaction ad hyoïdienne ferme, mobile à la protraction de la langue sans signes inflammatoires locaux, médiane dans 20 cas, latéralisé à droite dans 5 cas et à gauche dans deux cas. La loge thyroïdienne était libre ainsi que les aires ganglionnaires cervicales dans tous les cas. La taille moyenne de la masse était 1,9 cm (extrêmes de 0,5 à 5 cm). L'échographie cervicale était en faveur d'un kyste du tractus thyroïdienne dans tous les cas. Tous nos patients ont été opérés selon la technique Sistrunck. L'examen extemporané était bénin dans 26 cas, et il avait conclu à un carcinome papillaire dans un cas où une thyroïdectomie totale avec un curage médiastino récurrentiel bilatéral ont été réalisés en même temps opératoire. L'examen anatomopathologique définitif avait objectivé un kyste du tractus thyroïdienne dégénéré en carcinome papillaire dans deux autres cas qui ont été repris pour thyroïdectomie totale avec un curage médiastino récurrentiel bilatéral. Une irradiation et une hormonothérapie frénatrice ont été réalisées dans les 3 cas de KTT dégénérés. L'évolution a été favorable après un recul de 2 ans.

Conclusion : Le KTT chez l'adulte est une entité peu commune, caractérisée par le risque de dégénérescence. L'exérèse du KTT associée à la thyroïdectomie totale est le traitement recommandé pour les KTT dégénérés car un cancer latent de la thyroïde peut être développé même des années après l'exérèse du KTT.

3-Corrélation du score EUTIRADS aux résultats anatomo-pathologiques des nodules thyroïdiens opérés

Halwani Ch*, Chebbi G**, Boughzala W*, Ben Mhamed R*, Akkari k*

Service d'otorhinolaryngologie* et de chirurgie maxillofaciale**, hôpital militaire de Tunis.

Introduction : L'échographie est devenue l'imagerie de référence en matière de nodules thyroïdiens, tant pour la détection que pour la recherche de signes de malignité et la surveillance. Le clinicien attend de l'échographie des informations qui doivent impérativement figurer dans un compte-rendu qui est actuellement standardisé grâce au système EUTIRADS. Le but de ce travail était de comparer les résultats anatomopathologiques à la classification EU TIRADS donnée par l'échographiste en vue de vérifier son apport dans la prise en charge de nos patients.

Méthodes : Nous rapportons une série de 112 observations de patients opérés dans notre service d'une thyroïdectomie totale. Tous les patients ont bénéficié d'une échographie en préopératoire où on a précisé le score EUTIRADS selon la classification de 2017. Une étude statistique avec calcul de la sensibilité et la spécificité du score et de la valeur prédictive positive (VPP) et négative (VPN) a été effectuée sur logiciel SPSS.

Résultats : L'âge de nos patients était compris entre 23 et 80 ans. Une prédominance féminine nette était notée avec un sex-ratio de 1/5. Tous nos patients ont consulté pour une tuméfaction thyroïdienne d'apparition progressive de taille comprise entre 1 et 8cm. L'échographie a montré un score 2 (2.7%), score 3 (32.1%), score 4(59.8%) et score 5 (5.3%). L'anapath était en faveur de la malignité dans 31%. Dans tous les cas où le score EUTIRADS était égal à 2 l'histologie définitive était en faveur de la bénignité et dans tous les cas de score 5 l'anapath a confirmé la malignité. Pour le score 3 les nodules étaient malins dans 5/36cas et pour le score 4 dans 24/67 cas. La sensibilité du score EUTIRADS était de 85% et la spécificité était de 40%. La valeur prédictive positive du score était de 39% et la valeur prédictive négative de 86%.

Conclusion : En matière de prédiction de malignité, le score EUTIRADS s'avère sensible mais manque de spécificité. Les scores 2 et 5 sont assez précis, le risque de méconnaître un carcinome thyroïdien est faible voire négatif selon nos résultats. Le problème se pose avec les scores 3 et 4 où on continue

à avoir beaucoup de faux positifs. L'expérience des radiologues et l'habitude au score est certainement une des principales causes de ce problème.

4-Corrélation cytologique et histologique dans le diagnostic des nodules thyroïdiens

Nefzaoui S, Romdhane N, Ajlani F, Sarray M, Chiboub D, Zoghalmi I, Hariga I, Mbarek C

Service ORL et CCF Hôpital Habib Thameur Tunis Tunisie

Objectif : Notre objectif était d'évaluer l'intérêt et l'apport de l'examen cytologique et de l'examen extemporané dans la pathologie thyroïdienne et leur rôle dans la planification de la stratégie opératoire.

Méthodes : Nous avons revus et analysés, rétrospectivement, pour la période s'étendant de 2016 à 2019, les données cliniques des patients ayant subi une chirurgie thyroïdienne. Nous avons inclus, dans notre étude, les sujets qui ont eu une cytologie thyroïdienne préopératoire, un examen histologique extemporané et un examen histologique définitif.

Résultats : 63 patients ont répondu à nos critères d'inclusion. L'âge moyen était de 45,37 ans \pm 12,42. Le Sex-ratio F/H était de 58/5. Tous nos patients ont eu une cytoponction thyroïdienne qui a objectivé un résultat non contributif dans des 7 cas (11,1%), bénin dans des 16 cas (25%), lésion folliculaire ou atypie de signification indéterminée dans des 20 cas (31,7%), néoplasme ou suspicion de néoplasme folliculaire dans 5 cas (7,9%), suspect de malignité dans 5 cas (7,9%), et maligne dans 10 cas (15,9%).

Le geste initial était une thyroïdectomie totale dans 30,2 % des cas, et une lobectomie dans 69,8% des cas. L'examen extemporané conclu à résultat bénin dans 38 cas (44,2%), malin dans 12 cas (19%) et résultat douteux en attendant l'examen anatomopathologique définitif dans 23 cas (36,5%). L'examen anatomopathologique final conclu à une malignité de 46%.

La sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative étaient respectivement de 46%, 90%, 80%, 65% pour la cytologie thyroïdienne contre 46%, 100%, 100% et 72% pour l'examen anatomopathologique extemporané. Les faux négatifs étaient à l'origine de 14 reprises pour totalisation thyroïdienne pour pathologie maligne. L'examen extemporané nous a permis d'éviter une chirurgie en deux temps pour 5 patients qui avaient une cytologie pré opératoire non maligne classée Bethesda 3 et 4.

Conclusion : La cytoponction ganglionnaire est un examen primordial pour la prise en charge des nodules thyroïdiens. Pour les nodules thyroïdiens classés Bethesda III et IV, l'examen extemporané garde un intérêt en cas de positivité permettant d'éviter une chirurgie en deux temps.

5-Apport du dosage de la PTH en peropératoire dans la chirurgie parathyroïdienne

Zoghalmi I, Nefzaoui S, Ayari S, Farjallah H, Chiboub D, Romdhane N, Hariga I, Mbarek C

Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale CHU Habib Thameur, Tunis, Tunisie

Introduction : La prise en charge chirurgicale de l'hyperparathyroïdie est associée à d'excellents résultats. La présence de glandes surnuméraires et une parathyroïdectomie initiale inadéquate peuvent conduire à des réinterventions pour récurrence.

Objectif : déterminer l'intérêt du dosage peropératoire de la PTH dans la pathologie parathyroïdienne.

Patients et méthodes : Etude rétrospective à propos de 20 patients, 14 opérés d'une hyperparathyroïdie primaire et 7 opérés d'une hyperparathyroïdie secondaire dans notre service durant la période allant de janvier 2017 à septembre 2021 qui ont eu un dosage peropératoire de la parathormone. Le dosage a été effectué 20 minutes après l'exérèse de l'adénome ou de la dernière glande en cas d'hyperparathyroïdie secondaire.

Résultats : L'âge moyen des patients était de 53,15 ans [30-68ans] avec un sex-ratio de 0.42. Les symptômes présents étaient : des douleurs osseuses (16 patients), une asthénie (6 patients), des épigastralgies (2 patients) et un syndrome polyuro-polydipsique (1 patient). Les complications osseuses à type de fracture fémorale étaient révélatrices chez 4 patients. Deux patients avaient une

lithiase rénale. L'échographie a détecté une hypertrophie d'une glande parathyroïde chez 14 patients et de 2 glandes chez 3 patients. La scintigraphie a montré une hyperfixation dans 10 cas.

Chez les patients présentant une hyperparathyroïdie primaire, les taux moyens de la PTH et la calcémie préopératoire et post opératoire étaient respectivement de 555,83pg/ml [160-1464,7pg/l ; 2,99 mmol/l [2,47-3,78mmol/l] et 92,9pg/ml [32-280pg/ml] et 2,26mmol/l [1,95-2,55mmol/l]. La PTH peropératoire moyenne était de 95,96pg/ml [11,30-450,20pg/ml] avec une baisse moyenne de 83,3%. Le dosage peropératoire avec une baisse de la PTH <50% a permis de compléter l'exploration chirurgicale chez 3 patients chez qui 3 adénomes parathyroïdiens ont été objectivés et qui avaient une discordance entre l'échographie et la scintigraphie, chez un patient avec un adénome ectopique en position sous sternale et chez 2 patients qui avaient un adénome parathyroïdien intrathyroïdien. En cas d'une baisse de la PTH > 50%, l'acte opératoire a été interrompu.

Chez les patients qui ont eu une hyperparathyroïdie secondaire, les taux moyens de PTH et de la calcémie préopératoire et postopératoire étaient de 1221,5pg/ml [900-1600pg/ml], 2,95mmol/l [2,7-3,2mmol/l] et 111pg/l [65-180pg/ml] et 2,04 mmol/l [1,92-2,30mmol/l]. La PTH per opératoire moyenne était de 89,22pg/ml [30-220pg/ml] avec une baisse moyenne de 92,69%.

Après 6 mois, tous les patients avaient une calcémie normale, une PTH inférieure à la valeur préopératoire et une résolution de la symptomatologie initiale.

Aucune récurrence de l'hyperparathyroïdie n'a été observée au long cours (suivi moyen de 14 mois) chez tous les patients opérés.

Conclusion : Le dosage peropératoire de la PTH permet de manière fiable de s'assurer de l'efficacité du geste chirurgical en cas d'adénome ectopique, d'attente multiglandulaire et devant une discordance du bilan radiologique et d'éviter ainsi une réintervention ultérieure.

6-Prise en charge des hypocalcémies après thyroïdectomie totale

El Abed W, Boukatay I, Ben Ayed M, Gnaba Kh

Service ORL et chirurgie cervico-faciale, unité les Aghlabites CHU Ibn El Jazzar, Kairouan

Introduction: L'hypocalcémie est une complication connue de la thyroïdectomie totale. Dans la plupart des cas elle est réversible et transitoire mais impose un suivi régulier.

Objectifs : Le but de cette étude est de déterminer les caractéristiques épidémiologiques et thérapeutiques de l'hypocalcémie post thyroïdectomie totale

Matériels et méthodes : C'est une étude rétrospective portant sur 106 cas de thyroïdectomies totales opérés entre 2010 et 2019 au service d'ORL Kairouan.

Résultats : L'âge moyen des patients était 44.11 [22-76ans] avec un sex-ratio de 0.1.

Un dosage systémique de la calcémie était réalisé à j02 et j03 en dehors d'une hypocalcémie symptomatique.

Le délai moyen de survenue de l'hypocalcémie post opératoire était de 3 jours.

L'hypocalcémie post opératoire était retrouvée chez 36 patients (33.9%)

Cette hypocalcémie était symptomatique chez 20 patients (55.5%) dont 18 cas ont présenté des paresthésies des extrémités (90%) et 2 cas une crise de tétanie (10%)

Tous les patients présentant une hypocalcémie avaient reçu une supplémentation orale par gluconate de calcium et vitamine D par contre la supplémentation par voie parentérale n'était instaurée que pour 22.2% des patients symptomatiques.

La durée moyenne de traitement était de 2 mois et seulement 6 cas ont développé une hypocalcémie définitive.

Le goitre multi nodulaire était la pathologie la plus fréquente (72%) suivi de maladie de Basedow (16%) et les cancers thyroïdiens (11%).

Pour 6 patients ayant subi une thyroïdectomie totale + curage ganglionnaire, 4 avaient présenté une hypocalcémie post opératoire.

Conclusion : L'hypocalcémie après thyroïdectomie totale est une complication fréquente nécessitant une surveillance clinique et biologique. Une supplémentation orale temporaire est suffisante dans la plupart des cas.

7-Intérêt de la supplémentation vitamino-calcique prophylactique dans le traitement de l'hypocalcémie post thyroïdectomie totale

Chaabouni MA, Sellami M, Trigui M, Yousfi G, Mnejja M, Hammami B, Kallel S, Charfeddine I
Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

Introduction :L'hypoparathyroïdie représente la complication spécifique la plus fréquente de la thyroïdectomie totale. Plusieurs approches ont été essayées pour sa prise en charge dont la supplémentation vitamino-calcique systématique.

But du travail :Etudier l'effet de supplémentation vitamino-calcique systématique sur l'hypocalcémie post opératoire ; Etudier l'effet de supplémentation vitamino-calcique systématique sur la fonction parathyroïdienne post opératoire. ; Etudier si le dosage précoce de la PTH serait un moyen pour la sélection des patients qui ont besoin de supplémentation.

Matériels et Méthodes :Nous avons mené, une étude prospective en double aveugle comparative randomisée, portant sur une cohorte de patients opérés d'une thyroïdectomie totale dans le service d'ORL et CCF du CHU Habib Bourguiba de Sfax en collaboration avec le laboratoire de biochimie du même hôpital, sur une période de 8 mois. Les patients ont été subdivisé en deux groupes Groupe 1 : Sans supplémentation vitamino-clacique systématique ; Groupe 2 : Avec supplémentation vitamino-clacique systématique

Résultats :Nous avons trouvé que la supplémentation calcique systématique en pré chirurgie pour thyroïdectomie totale permet de :Réduire significativement les signes d'hypocalcémie et l'hypocalcémie biologique post opératoire ; Réduire le recours à la voie IV pour la supplémentation.La supplémentation vitamino-calcique n'a pas d'effet inhibiteur sur la PTH à J1 et J30. La valeur de PTH <11,7 pg/mL était la plus performante dans la prédiction de l'hypocalcémie à J2 avec une sensibilité 90,9% et une spécificité de 83,3%.

Conclusion : La supplémentation vitamino- cacique prophylactique est une méthode efficace et efficiente pour la prise en charge de l'hypoparthyroïdie post thyroïdectomie totale. Toutefois, une sélection des patients nécessitant une supplémentation peut se faire par un dosage précoce de la PTH.

8-Prise en charge chirurgicale de l'hyperparathyroïdie secondaire dans l'insuffisance rénale chronique: étude comparative des techniques chirurgicales : à propos de 66 cas

Ferjaoui M, Kolsi N, Ghorbel S, Abdallah H, Elkorbi A, Bouatay R, Harrathi K, Koubaa J
Service ORL et CCF Monastir

Introduction :L'hyperparathyroïdie secondaire est une pathologie fréquente, caractérisée par une hypersécrétion de la parathormone qui est réactionnelle à une hypocalcémie chronique. La principale cause est l'insuffisance rénale chronique.

Notre objectif est de comparer les différentes techniques chirurgicales à travers une étude descriptive et analytique avec une revue de la littérature.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective colligeant 66 patients opérés au service d'Oto-Rhino-Laryngologie du CHU Fattouma Bourguiba de Monastir sur une période de douze ans : janvier 2010 – Janvier 2021.

Résultats :Soixante-six cas ont été inclus (41 hommes et 25 femmes) d'âge moyen de 42 ans avec des extrêmes allant de 23 à 72 ans. Le sexe ratio était de 1,64.

Les signes cliniques étaient dominés par les douleurs osseuses dans 75% des cas, les signes généraux à type d'asthénie et d'amaigrissement dans 24.2% des cas, les myopathies dans 6% des cas et les tumeurs brunes dans 4.5% des cas. La PTH sérique était élevée chez tous les patients avec une valeur moyenne à 1434.2 pg/ml, 45% des patients avaient une hypercalcémie et 34% une hyperphosphatémie.

L'IRC était le facteur prédominant chez tous les patients : 64 étaient des dialysés chroniques soit 96,9%. La néphropathie causale était indéterminée dans 59% des cas ; 4,5% avaient une polykystose rénale, 9% avaient une néphropathie interstitielle chronique et 6% avaient une néphropathie diabétique.

L'échographie cervicale préopératoire réalisée chez 64 patients a montré : un nodule parathyroïdien dans 21% des cas, deux nodules parathyroïdiens ou plus dans 25% des cas, un ou plusieurs nodules thyroïdiens associés dans 29% des cas et était sans anomalie dans 31 cas soit 46.9%.

La scintigraphie au MIBI a été réalisée chez tous les patients montrant un foyer de captation unique dans 30% des cas, des foyers de captation multiple dans 70% des cas et une captation ectopique dans 12% des cas.

Seuls 7 patients avaient bénéficié d'une scintigraphie couplée à la tomодensitométrie (SPECT-CT)

Le traitement médical comportait: Une supplémentation calcique et en Vitamine D. Le traitement chirurgical a été indiqué pour tous les patients de notre série. Une parathyroïdectomie subtotale a été réalisée chez 61 patients : 16% ont eu une parathyroïdectomie de type 3/4 et 83% une parathyroïdectomie de type 7/8. Cinq patients ont eu une parathyroïdectomie totale avec auto-transplantation. Un geste thyroïdien associé a été réalisé chez 6 patients pour des nodules thyroïdiens associés. L'étude histologique du tissu parathyroïdien a montré une hyperplasie diffuse dans 89.3 % des cas, nodulaire dans 7.5 % des cas et mixte dans 3% des cas.

83,3% des patients ont présenté une hypocalcémie postopératoire en immédiat corrigée par une supplémentation calcique par voie intraveineuse.

Sur le plan biologique : on a objectivé une chute plus importante et durable des chiffres de Parathormonémie chez les patients ayant eu une PTX subtotale type 7/8ème; Mais la présence des signes d'hypocalcémie était plus marquée chez ces patients avec une p significative <0,05 .

L'évolution était favorable chez 82% des cas avec amélioration clinique, biologique et radiologique.

Trois cas de récurrence ont été rapportés avec un recul moyen de 4 ans : dont deux cas pour une chirurgie de type ¾ .

Conclusion : La parathyroïdectomie subtotale reste le traitement chirurgical de choix des hyperparathyroïdies secondaires rebelles au traitement médical. Une prise en charge précoce et adéquate des troubles phosphocalciques des hémodialysés permettrait de réduire l'incidence de cette pathologie. Actuellement avec l'avènement des nouvelles molécules, on espère un meilleur contrôle des HPTS avec moins de recours à la chirurgie surtout pour des malades souvent multi-tarés et à haut risque anesthésique.

9-Corrélation entre le volume d'un adénome parathyroïdien et les paramètres biochimiques

Tbini M, Kharrat O, Lahiani R, Jouini S, Riahi I, Manoubi S, Ben Salah M

Service ORL et CCF, CHU Charles Nicolle Tunis

Introduction : Le traitement d'un adénome parathyroïdien, habituellement basé sur une exploration cervicale sous anesthésie générale, fait recours de plus en plus à des techniques micro-invasives sous anesthésie locale. Ces approches sélectives imposent une localisation échographique précise préalable, difficile à réaliser pour les petits adénomes parathyroïdiens.

Le but est de rechercher un lien entre le volume d'un adénome parathyroïdien et les paramètres sanguins biochimiques afin de guider la prise en charge chirurgicale, pré et postopératoire de cette entité.

Matériels et méthodes : Etude rétrospective à propos de 35 cas d'adénomes parathyroïdiens opérés sur une période de 8 ans (2012-2019) au service d'otorhinolaryngologie de l'Hôpital Charles Nicolle de Tunis.

Résultats : Il s'agissait de 30 femmes et 5 hommes. L'âge moyen était de 54 ans. Le volume moyen de l'adénome était de 23,34 cm³ [1,05 – 87,96]. Les valeurs préopératoires moyennes étaient de 2,81 mmol/L pour la calcémie, de 0,76 mmol/L pour la phosphorémie, et de 961,63 pour la PTH. Quant aux taux moyens postopératoires, la calcémie a chuté à 2,28 mmol/L et la PTH à 138,54.

L'étude statistique a objectivé une corrélation entre le volume de l'adénome parathyroïdien et les valeurs de PTH pré et postopératoire d'une part, et le taux initial de calcémie et de phosphorémie d'autre part. Par contre, aucun rapport n'a été trouvé avec les chiffres de PTH per-opératoire et de calcémie postopératoire.

Conclusion : Les paramètres biochimiques peuvent prédire la taille d'un adénome parathyroïdien. Cette corrélation s'avère utile pour hiérarchiser les explorations préopératoires et juger de la faisabilité d'une technique mini-invasive.