



Session 5 : Maladies rares

Titre : Prise en charge des complications osseuses de l'hypoparathyroïdie

Le point de vue du rhumatologue

Auteur : Alexandre Mercier (Lyon)

Abstract

L'hypoparathyroïdie est classiquement abordée comme un trouble de l'homéostasie phosphocalcique, avec pour priorités la stabilité de la calcémie, la maîtrise de la phosphatémie et de la calciurie, et la prévention des complications rénales. Le point de vue du rhumatologue met l'accent sur une autre dimension, souvent sous-estimée : l'hypoparathyroïdie est aussi une maladie de l'os et des tissus musculosquelettiques. En l'absence de PTH, le squelette évolue vers un état de « bas remodelage », avec un os moins dynamique, potentiellement plus minéralisé, et un renouvellement tissulaire réduit. Ce profil explique le paradoxe fréquent d'une densité minérale osseuse (DMO) élevée à l'absorptiométrie (DXA) qui ne préjuge pas nécessairement de la résistance osseuse réelle ni du risque fracturaire, en particulier au rachis.

Sur le plan clinique, au-delà des symptômes neuromusculaires liés aux variations de calcémie, les patients peuvent présenter des douleurs diffuses, une raideur, une limitation fonctionnelle, et des complications ostéo-articulaires telles que des enthésopathies, des calcifications périarticulaires et ligamentaires, ou des tableaux microcristallins. La démarche rhumatologique vise donc à caractériser le phénotype musculosquelettique, à dépister les fractures (notamment vertébrales parfois paucisymptomatiques) surtout chez la femme post ménopausée et à intégrer des outils d'évaluation multiples.

Enfin, la lecture rhumatologique des traitements souligne que la supplémentation conventionnelle (calcium et vitamine D active), indispensable, ne répond pas toujours aux enjeux de qualité osseuse, de douleur et de fonction, et peut être limitée par la tolérance rénale. La substitution par PTH, lorsqu'elle est disponible, intéresse également le rhumatologue par sa capacité à restaurer un remodelage plus physiologique. L'objectif est d'aboutir à une prise en charge intégrée, articulant la sécurité métabolique portée par l'endocrinologue et les objectifs musculosquelettiques (douleur, fonction, fractures, calcifications) portés par le rhumatologue.

Références

1. Rubin MR, et al. J Bone Miner Res. 2011;26(11):2727–2736.
2. Rubin MR, et al. Bone. 2010;46(1):190.
3. Khan AA, et al. Osteoporosis Int. 2025.
4. Pal R, et al. Osteoporosis Int. 2021;32(11):2145–2153.

5. Underbjerg L, et al. J Bone Miner Res. 2014;29(11):2504–2510.
6. Chen Q, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2003;88(10):4655–4658.
7. Chan FKW, et al. J Clin Endocrinol Metab. 2003;88(7):3155–3159.
8. Langdahl BL, et al. Bone. 1996;18(2):103–108.
9. Brandi ML et al. J Clin Endocrinol Metab. 2016.
10. Bollerslev J et al. Eur J Endocrinol. 2025.