



# Hypercalcémie maligne en hémodialyse aiguë

S. Azria, K. Chaanoun, Y. Elatiqi, N. Mtioui, S. S El khayat, M. Zamd, G. Medkouri, M. Benghanem  
Service de néphrologie, dialyse et transplantation rénale, CHU Ibn Rochd, Casablanca



## INTRODUCTION

L'hypercalcémie est définie par une calcémie totale supérieure à 104 mg/l, ou une calcémie ionisée supérieure à 52 mg/l. Cliniquement, elle peut se manifester par des signes généraux, neurologiques, cardiovasculaires ou rénaux. La gravité de l'hypercalcémie est surtout corrélée à sa vitesse d'installation. On qualifie de maligne une hypercalcémie supérieure à 120 mg/l avec retentissement cardiovasculaire ou neurologique, pouvant mettre en jeu le pronostic vital. La prise en charge de l'hypercalcémie passe par le traitement étiologique et le traitement symptomatique associant l'hydratation, les diurétiques de l'anse, et les biphosphonates. Le recours à l'épuration extra-rénale peut être indiqué devant une hypercalcémie maligne ne répondant pas au traitement de première intention. L'objectif de ce travail est d'étudier le profil épidémiologique, étiologique, thérapeutique et évolutif des patients présentant une hypercalcémie maligne avec nécessité de recours à l'hémodialyse.

## PATIENTS ET METHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective, s'étalant sur une période de 24 mois, de janvier 2021 à janvier 2023, s'intéressant aux patients hémodialysés en urgence au service de néphrologie, dialyse et transplantation rénale du CHU Ibn Rochd de Casablanca, et dont l'indication principale était une hypercalcémie maligne. Les données épidémiologiques, cliniques et biologiques ont été recueillies chez tous les patients. Le suivi des patients a été fait à travers leurs dossiers médicaux dans leurs services d'hospitalisation respectifs. L'analyse des données a été réalisée grâce au logiciel SPSS statistics 20.

## RESULTATS

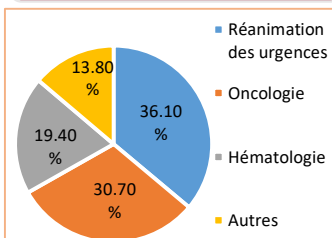
### Données démographiques

- **36 patients** colligés
- **Age moyen**: 55.08 +/- 14.9 ans, extrêmes allant de 18 à 75 ans
- **Sexe ratio H/F**: 2 → Prédominance masculine

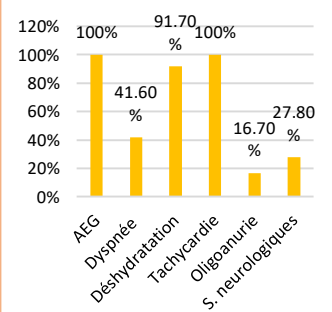
### Principaux antécédents

Antécédent	N	%
Diabète	4	11,1%
Tabagisme	14	38,9%
Cancer solide	18	50%
Métastases osseuses	16	44,4%
Myélome multiple	11	30,5%
En rechute	7	19,4%
Diagnostic récent	4	11,1%

### Services d'admission



### Signes cliniques à l'admission



### Données biologiques

- **Calcémie moyenne**: 169.16 +/- 17.2 mg/l.
- **Phosphorémie moyenne**: 45,38 mg/l
- **CRP moyenne**: 119 mg/l
- **Insuffisance rénale** associée : 72.2%
- **Anémie associée** : 80.6%

### Anomalies à l'électrocardiogramme

Signe à l'ECG	N	%
Tachycardie	36	100%
QT court	36	100%
ST en cupule	11	30,6%
Ascension du point J	4	11%
Troubles du rythme	6	16,8%

### Prise en charge thérapeutique

#### Hémodialyse intermittente

- Moyenne: 1,79 séance/patient
- KT fémoral : 52.8% des cas
- KT jugulaire: 47.2% des cas
- Réhydratation perdiaalytique

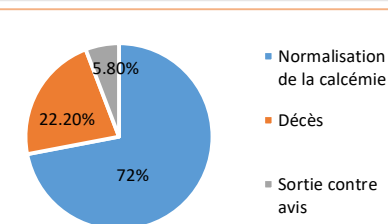
#### Traitement symptomatique

- Biphosphonates: 90% des cas
- Diurétiques de l'anse après rétablissement de la volémie chez 36.1% des patients
- corticothérapie : 22.2% des cas

#### Traitement étiologique

- Chimiothérapie et/ou Radiothérapie : 55,5%
- Soins palliatifs: 19,4%

### Evolution des patients



## DISCUSSION

L'hypercalcémie maligne reste une affection potentiellement grave de par les complications (neurologiques, cardiovasculaires et rénales) qui y sont associées. Les étiologies sont dominées par la pathologie maligne, notamment les cancers solides avec métastases osseuses et hémopathies malignes [1]. Le traitement de l'hypercalcémie symptomatique ou sévère consiste en une hydratation et des bisphosphonates intraveineux, tels que l'acide zolédronique ou le pamidronate. Chez les patients présentant une insuffisance rénale, le dénosumab et la dialyse peuvent être indiqués. L'EER avec un dialysat pauvre ou sans calcium doit être le traitement de première intention devant une hypercalcémie sévère accompagnée d'anomalies électrocardiographiques. [2] Les glucocorticoïdes peuvent être utilisés comme traitement primaire lorsque l'hypercalcémie est due à une absorption intestinale excessive de la vitamine D. La cause sous-jacente de l'hypercalcémie doit toujours être identifiée et traitée. [3]

## CONCLUSION

La fréquence des hypercalcémies malignes dans notre contexte a connu une augmentation considérable durant la pandémie liée à la Covid 19, en raison probablement des retards de diagnostic et de prise en charge des patients d'oncologie. L'hémodialyse peut être un traitement salvateur dans l'hypercalcémie avec retentissement cardiaque, grâce à la baisse rapide de la calcémie qu'elle entraîne. Le traitement étiologique et symptomatique doit être de mise.

## REFERENCES

- [1] Królewicz K, Steć Z, Niemczyk S. Hypercalcemia in the nephrology department patients - incidence, etiology and impact on renal function. *Pol Merkur Lekarski*. 2021 Feb 24;49(289):9-12. PMID: 33713085.
- [2] Yassamine Bentata, H. El Maghraoui, M. Benabdelhak, I. Haddiya, Management of hypercalcaemic crisis in adults: Current role of renal replacement therapy
- [3] Walker MD, Shane E. Hypercalcemia: A Review. *JAMA*. 2022 Oct 25;328(16):1624-1636. doi: 10.1001/jama.2022.18331. PMID: 36282253.