



M.HALBAOUI ,H. MGHAZLI, F.TAHIRI, A. LALAOUI, F. BENNAOUI, N. EL IDRISSE SLITINE, FMR. MAOULAININE

1-SERVICE DE RÉANIMATION NÉONATALE : HÔPITAL MÈRE-ENFANT : CHU MOHAMMED VI MARRAKECH

2-LABORATOIRE DE RECHERCHE : L'ENFANT, LA SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT, FMPM, UNIVERSITÉ CADI AYAD

INTRODUCTION

L'hypoparathyroïdie néonatale est une maladie rare due à déficit de sécrétion de la parathormone. L'hyperparathyroïdie maternelle est une cause parmi les autres. Peu de cas d'hyperparathyroïdie secondaire chez le nouveau-né ont été décrits dans la littérature.

Nous en rapportons un cas chez une mère dont le diagnostic était méconnu au sein du service de néonatalogie de l'hôpital Mohammed VI de Marrakech.

RESULTATS

Le nouveau-né de sexe féminin était le deuxième enfant, né le 25 septembre 2023, à terme 40 semaines d'aménorrhées selon le FARR.

La mère était âgée de 23 ans, avec un antécédant de mort fœtale intra-utérine à l'âge de 38 semaines d'aménorrhées dans un contexte de souffrance néonatale, présentant une thyroïdectomie il y'a dix ans sous lévothyrox, et sans notion de mariage consanguin.

La grossesse était mal suivie chez un généraliste, ayant bénéficié de 3 échos sans aucun bilan.

Il est né par voie basse non instrumentale. Le score d'Apgar était de 6/10 passé à 7/10 à la 5^{ème} minutes.

Un examen physique a été réalisé depuis la naissance, objectivant un poids de 3100 g (25^{ème} percentiles), et une taille de 40 cm (< 3^{ème} percentiles) avec une brachycéphalie.

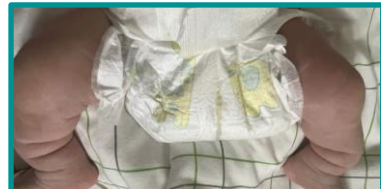
L'examen notait une détresse respiratoire cotée à 4/10 faite d'un tirage sous et intercostal et un battement des ailes du nez modéré. L'inspection notait une déformation des membres inférieurs et supérieurs avec des pieds convexes bilatéraux.

La radiographie du thorax montrait un syndrome alvéolaire bilatéral, des côtes qui sont courtes et larges avec une déminéralisation osseuse diffuse, particulièrement au niveau du gril costal. Une radiographie corps entier a été réalisée, objectivant des fractures bilatérales du 1/3 moyen des fémurs avec des angulations des os de l'avant-bras..

La parathormone sérique était de 736 pg/ml (N = 10-65), la vitamine D totale était à 7 ng/ml. Le bilan biologique maternel était une hypoparathyroïdie profonde à 0.10 pg/ml.

Le nouveau-né était traité par ventilation mécanique, recharge en calcium et la vitamine D par voie entérale et parentale.

Le nouveau-né a quitté le service de réanimation après 60 jours d'hospitalisation, après 10 jours de son sevrage d'oxygène et la consolidation de ses fractures sous supplémentation en calcium et vitamine D.



DISCUSSION

Nous rapportons un cas d'hyperparathyroïdie néonatale secondaire à une hypoparathyroïdie maternelle, ça était décrit depuis longtemps mais grâce au suivi de grossesse et le traitement des femmes hypoparathyroïdiennes ça a permis de faire quasiment disparaître les hyperparathyroïdies néonatales secondaires.

Dans notre observation et malgré une symptomatologie pouvant être très évocatrice, le diagnostic n'a pas été fait chez la mère et le nouveau-né était faux diagnostiqué d'une ostéogenèse imparfaite, c'est le diagnostic d'une hyperparathyroïdie néonatale qui a conduit à l'identification de la pathologie maternelle.

Les causes d'une hypoparathyroïdie maternelle sont peu nombreuses : idiopathiques ou secondaires à une thyroïdectomie. Dans notre cas il s'agissait d'une thyroïdectomie que la maman avait subi il y'a 10 ans.

La prématurité a été souvent décrite. Ce qui est pareil à notre cas.

Ce sont le plus souvent les perturbations du bilan phosphocalcique initial et les signes radiologiques qui conduisent au diagnostic.

Dans la littérature, une hypocalcémie a été décrite dans la plupart des cas, mais de façon inconstante, ce qui rejoint ce qui a été décrit dans notre cas.

Les lésions osseuses radiologiques sont très évocatrices. La détresse respiratoire est généralement en rapport avec.

Dans notre observation le nouveau-né a été ventilé initialement pour son atteinte parenchymateuse d'une infection néonatale précoce à localisation pulmonaire, puis à cause d'une dysplasie bronchopulmonaire surajoutée.

L'hyperparathyroïdie induit chez le fœtus une carence en vitamine D. En l'absence de traitement maternel la prise en charge néonatale consiste à une réanimation respiratoire, métabolique et un apport de vitamine D.

Conclusion

Un bilan phosphocalcique perturbé chez un nouveau-né doit faire penser à une cause maternelle et investiguer dans ce sens.

Un traitement par la vitamine D pendant la grossesse est conseillé chez toute mère hypoparathyroïdienne afin de prévenir les hyperparathyroïdies néonatales.