FICHE REPÈRES

Parathyroïdes & grossesse

INTRODUCTION

La grossesse et la lactation sont des périodes de modification du métabolisme phospho-calcique, d'une part les besoins maternels en calcium sont majorés pendant la grossesse, et d'autre part il existe une adaptation physiologique aux besoins en minéraux du squelette fœtal, en particulier au 3e trimestre et aux besoins en minéraux du nouveau-né.



RECOMMANDATIONS

Les patientes en âge de procréer et ayant un projet de grossesse doivent être adressées dès le pré-conceptionnel dans une maternité de niveau 2 ou 3.
Une consultation prénatale avec un pédiatre habitué à l'endocrinologie périnatale est recommandée. Les pédiatres, avisés précocement, doivent se mettre en rapport avec un centre de référence pédiatrique du métabolisme phospho-calcique.

Les RCP locales et nationales de la filière OSCAR sont disponibles pour discuter de ces situations complexes.

MÉTABOLISME PHOSPHO-CALCIQUE PENDANT LA GROSSESSE

Les 2 principales modifications physiologiques du métabolisme phospho-calcique liées à l'état de grossesse et de lactation sont : la sécrétion de PTHrp par le placenta et le tissu mammaire et l'augmentation du taux circulant de calcitriol par sécrétion placentaire.

Pendant la grossesse

L'augmentation de l'excrétion urinaire de calcium, associée à des facteurs limitant le risque lithogène (volume d'urines important notamment) peut être observé. En présence de calculs existants, il existe un risque accru de colique néphrétique (compression extrinsèque). **Le calcium ionisé demeure l'outil idéal pour toute décision clinique**.

Pendant la gestation

L'expansion du volume plasmatique, avec en conséquence une diminution des taux d'albumine, entraîne une baisse des concentrations de calcium total. Les besoins minéraux du fœtus sont essentiellement couverts par un doublement approximatif de l'absorption intestinale du **calcium**, du **phosphate** et du **magnésium**, phénomène lié en partie à l'élévation de la $1,25(OH)_2D$ et de la PTHrp.

Pendant la lactation

La **libération de PTHrP** par la glande mammaire est stimulée par la succion et par l'**augmentation de la prolactine**. L'apport minéral du lait maternel provient principalement du squelette maternel, soumis à une résorption osseuse accrue et à une ostéolyse ostéocytaire.

En l'absence d'essais cliniques randomisés, toutes les recommandations sur la prise en charge thérapeutique des anomalies parathyroïdiennes pendant la grossesse et la lactation reposent sur des études observationnelles et avis d'experts.

HYPOPARATHYROÏDIE MATERNELLE ET GROSSESSE

Pendant la grossesse

Physiologie et adaptations pendant la grossesse

- Les besoins en termes de supplémentation vitamino-calcique varient en raison d'une synthèse accrue de 1,25(OH)-D par le placenta (essentiellement lors du 1er trimestre) et de la synthèse de PTHrp par de nombreux tissus au cours de la gestation et de l'allaitement
- Le risque d'hypocalcémie plus élevé au 3e trimestre peut nécessiter de majorer la supplémentation.

Supplémentation vitamino-calcique

- **Supplémentation en 25(OH)-D** identique aux grossesses classiques en l'absence de calcul rénal existant
- Adaptation des posologies de **carbonate de calcium et calcitriol** en fonction de la calcémie ionisée

Surveillance du métabolisme minéral

- **Surveillance plus rapprochée du métabolisme minéral** au cours de la grossesse et en post-partum immédiat
- **Surveillance mensuelle des symptômes et de la calcémie** totale ou idéalement ionisée pendant les 2 premiers trimestres, puis 1 fois/mois le dernier mois et pendant l'allaitement
- Objectif : **atteindre une valeur normale de calcémie** en particulier ionisée, compte tenu de l'hypoalbuminémie. Transitoirement, les objectifs de calcémie/calciurie peuvent être augmentés.

Traitements non recommandés

- Les **diurétiques thiazidiques ne sont pas recommandés**
- Maintenir et d'adapter les **traitements par vitamine D** et les **apports calciques per os** pour éviter une hypercalcémie maternelle
- En l'absence de données à ce stade, **il n'est pas recommandé d'utiliser les nouvelles PTH injectables** (en particulier palopegtériparatide). Études en cours.

Pendant la lactation

- **Diminuer la posologie de calcitriol**
- Surveiller étroitement la calcémie (risque d'hypercalcémie maternelle).

Pendant l'allaitement

- **Diminuer rapidement les apports en dérivés hydroxylés de la vitamine D et en calcium** pour éviter une hypercalcémie maternelle (secondaire à la synthèse mammaire de PTHrp).

RISQUES FOETAUX

- Augmentation du **risque de fausse couche, d'accouchement prématuré, et de mortinatalité** (faible niveau de preuve)
- **Insuffisance de minéralisation du squelette fœtal** (risque plus théorique et le plus souvent sans conséquence clinique pour le bébé)
- **Hyperparathyroïdie fœtale si hypocalcémie maternelle** par stimulation des glandes parathyroïdes fœtales, pouvant conduite à un RCIU
- **Sur-freination de la production de PTH** par les glandes parathyroïdes fœtales en cas d'hypercalcémie maternelle (excès de supplémentation), exposant à une hypoparathyroïdie néonatale

PÉRI-PARTUM

- Prise en charge en **concertation pluridisciplinaire** (endocrinologique, obstétricale et anesthésique)
- Pas de contre-indication à l'**anesthésie loco-régionale**
- Poursuite du **traitement habituel**
- **Patiente scopée et examen clinique :** recherche de signes de mauvaise tolérance d'une hypocalcémie (musculaire, neurologique, cardiaque...)
- **Si signe clinique ou ECG :** perfusion de gluconate de calcium
- **Surveillance post-partum adaptée** à l'état clinique et biologique (calcémie ionisée) de la patiente

PÉRINATAL

- **Risque d'hypocalcémie néonatale précoce (< 48h)** profonde/symptomatique, surtout si la calcémie maternelle en per-partum était basse

Rappels : symptômes d'hypocalcémie chez le nouveau-né = convulsion, tétanie, laryngospasme, troubles du rythme cardiaque

- **Risque d'hyperparathyroïdie au-delà de 72h de vie**, pouvant conduire à une hypercalcémie symptomatique

Rappels : symptômes d'hypercalcémie chez le nouveau-né = vomissements, stagnation pondérale, déshydratation avec diurèse conservée, altération de la vigilance, hypotonie

CONDUITE À TENIR

- **Réaliser une calcémie ionisée sur cordon** pour estimer la calcémie du nouveau-né en per-partum
- **Surveillance clinique rapprochée** pouvant nécessiter une hospitalisation en unité néonatale de maternité. Séjour minimal : 5 jours
- **Surveillance biologique** :
  - Calcémie ionisée et PTH à H12 et H24 pour dépister l'hypocalcémie précoce
- **Si hypoparathyroïdie de la mère d'origine génétique** : prendre en compte le risque d'hérédité pour l'enfant

À discuter au cas par cas : analyse présymptomatique, suivi spécialisé de l'enfant en sortie de maternité.

Consulter les protocoles d'urgence hypocalcémie et hypercalcémie de l'enfant

RCP PrevHypo(PT)

HYPERPARATHYROÏDIE PRIMAIRE MATERNELLE ET GROSSESSE

RISQUES MATERNELS

- **Néphrolithiases, pancréatite et prééclampsie**
- Dans la littérature : forte entre le taux de calcium et les complications de la grossesse, **notamment à partir de 2,85 mmol/L**
- En pratique : si bonne tolérance clinique et hydratation suffisante, **l'hypercalcémie peut être supportée pendant la grossesse** (généralement, calcémie stable tout le long de la grossesse)

GROSSESSE

- **Chez les patientes jeunes :** l'hypercalcémie d'origine parathyroïdienne pendant la grossesse impose un bilan génétique rigoureux. L'hypercalcémie hypocalciurique familiale ne requiert aucune chirurgie, contrairement à l'hyperparathyroïdie primaire qui peut en justifier une
- Même en cas d'hyperparathyroïdie primaire avérée évidente, **la décision opératoire doit rester collégiale** en raison du risque élevé d'atteinte multiglandulaire d'origine génétique, source de morbidité accrue et de persistance de la maladie
- L'imagerie repose sur l'**échographie parathyroïdienne** par un opérateur entraîné.
  La scintigraphie au sestaMIBI et le TEP-CHOLINE sont contre-indiqués.
  Le scanner parathyroïdien 4D peut être discuté au cas par cas en fonction de l'urgence et uniquement si une chirurgie est planifiée.

⚠ **Toute hypercalcémie préexistante doit être prise en charge avant la conception**

Prise en charge de la chirurgie des parathyroïdes

- Indication au **2e trimestre de la grossesse**, et idéalement **avant 23 SA** (éviter discussions sur naissance prématurée si complications per opératoire)
- **Au 2e trimestre, lorsqu'elle est possible, la chirurgie est à discuter pour les calcémies ionisées > 1,45 mmol/L**
- **En cas de doute diagnostique** :
  - discussion multidisciplinaire obligatoire
  - privilégier le traitement médical.

Prise en charge aux 1er et 3e trimestres

- **Hydratation abondante**
- **Calcimimétiques type cinacalcet non recommandé pendant la grossesse**. À discuter éventuellement au cas par cas (rapporté dans quelques cas dans la littérature sans preuve de son innocuité)
- **Biphosphonates contre-indiqués** (passage transplacentaire).

Surveillance

- Mesure de la **calcémie ionisée** si possible ou totale tous les mois. La calciurie des 24 heures ne modifiera pas l'attitude thérapeutique
- Indication à réaliser une **échographie rénale si lithiases rénales connues en pré-conceptionnel**.

RISQUES FOETAUX

- Hypercalcémie fœtale, pouvant rarement conduire à un RCIU et dans des cas exceptionnels à une MFIU
- Possible augmentation du risque de **fausse couche**, d'**accouchement prématuré**, de **RCIU**
- Sur-freination de la **production de PTH** par les glandes parathyroïdes fœtale, exposant à une hypoparathyroïdie néonatale

PÉRI-PARTUM

Gestion anesthésique

- **Prise en charge multidisciplinaire** (endocrinologique, obstétricale et anesthésique) tout au long de la grossesse et pour la gestion du post-partum
- **Poursuite des traitements habituels** (adaptés à la grossesse)
- **Anesthésie loco-régionale :** pas de contre-indication
- **Patiente scopée**
- **Surveillance de la calcémie ionisée** et adaptation de la prise en charge en concertation avec l'équipe d'endocrinologie

PÉRINATAL

- **Risque d'hypercalcémie du nouveau-né** souvent peu symptomatique et transitoire, mais nécessitant une surveillance, dans les 48h premières heures de vie (calcémie maternelle haute en per partum)
- **Risque d'hypoparathyroïdie secondaire au-delà de 72h de vie** pouvant conduire à une hypocalcémie symptomatique

Rappels : symptômes d'hypocalcémie chez le nouveau-né = convulsion, tétanie, laryngospasme, troubles du rythme cardiaque

CONDUITE À TENIR

- **Surveillance clinique rapprochée** pouvant nécessiter une hospitalisation en unité néonatale de maternité. Séjour minimal : 5 jours
- **Surveillance biologique** :
  - Calcémie ionisée et PTH à H12 et H24 pour dépister l'hypercalcémie précoce
  - Calcémie ionisée et PTH à H72 et H96 pour dépister l'hypoparathyroïdie secondaire
- Informer les parents sur les **signes cliniques devant alerter** et motiver une consultation en urgence
- **Si hypoparathyroïdie de la mère d'origine génétique** : prendre en compte le risque d'hérédité pour l'enfant.

À discuter au cas par cas : analyse présymptomatique, suivi spécialisé de l'enfant en sortie de maternité.

Consulter les protocoles d'urgence hypocalcémie et hypercalcémie de l'enfant

SITE INTERNET OSCAR

RÉFÉRENCES

1. Bertocchio et al, PNDS hypopara 2025.
2. Bollerslev et al, Revised European Society of Endocrinology Clinical Practive Guidelines of Hypoparathyroidism in Adults EJE 2025.
3. Desgagnés et al Use of Albumine-Adjusted Calcium Measurements in clinical practice JAMA network open 2025.
4. Pal et al, pregnancy with primary hyperparathyroidism, Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism 2025.

ABRÉVIATIONS

MFIU : Mort fœtale in utero
PTH : Parathormone
RCIU : Retard de croissance intra-utérin

OSCAR 2026 - Graphisme quetary.fr - Image Adobe stock