



République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique
Université Constantine 3
Faculté des sciences médicales Belkacem Bensmail

MODULE D'ENDOCRINOLOGIE
LA PATHOLOGIE PARATHYROIDIENNE
Dr. AZEBAOUI

ANNEE UNIVERSITAIRE 2021/2022

LA PATHOLOGIE PARATHYROÏDIENNE

PLAN

OBJECTIFS

I-RAPPELS

Anatomie et physiologie

Histologie

II-MALFORMATIONS ET DEFORMATIONS

III-DYSTROPHIES ET INFLAMMATIONS

A) HYPERPLASIE

Aspects microscopiques

Aspects macroscopiques

B) LESIONS DIVERSES

IV-LES TUMEURS

A- ADENOME PARATHYROÏDIEN

B- CARCINOME PARATHYROÏDIEN

PARATHYROÏDE

OBJECTIFS

- ✓ Connaitre les malformations et les déformations de la parathyroïde ;
- ✓ Connaitre les dystrophies et les processus inflammatoires de la parathyroïde ;
- ✓ Connaitre les tumeurs bénignes et malignes de la parathyroïde.

I-RAPPELS :

Anatomie et physiologie : Les glandes parathyroïdes régulent le taux de calcium sanguin (calcémie). Elles sont le plus souvent au nombre de 4 et elles sont accolées à l'arrière de la thyroïde. Elles fabriquent la parathormone (PTH) qui, avec la vitamine D, maintient un taux stable de calcium dans le sang.

Histologie : la glande parathyroïde est formée de lobules parenchymateux dispersés dans un stroma adipeux. Elle est entourée par une fine lame conjonctive de la quelle partent des septa fibreux. Les cellules sont de 3 types : principales, oxyphiles et claires, elles se disposent en nappes, cordons ou nids autour d'un abondant réseau vasculaire. Parfois des structures acineuses ou vésiculaires centrés par un matériel éosinophile (PAS+, PTH+).

II-MALFORMATIONS ET DEFORMATIONS :

- L'agénésie totale est exceptionnelle.
- Les anomalies topographiques sont assez communes.
- De rarissimes hamartomes ont été signalés.

III-DYSTROPHIES ET INFLAMMATIONS :

C) HYPERPLASIE :

Elle peut être primitive, sans cause commune, ou secondaire à différents états pathologiques tels que l'insuffisance rénale chronique et les affections osseuses.

- **Aspects microscopiques** : Architecture diffuse, lobulaire ou pseudo-acineuse
- Les 3 types cellulaires sont présents.
- Le stroma adipeux est nettement réduit.
- Il n'y a pas de liseré de parathyroïde saine.
- **Aspects macroscopiques** : l'hyperplasie se traduit par une augmentation de volume d'une seule, de plusieurs ou de toutes les glandes parathyroïdes.

D) LESIONS DIVERSES :

- 1- L'involution adipeuse.
- 2- Inflammations, elles se résument à quelques cas de syphilis ou de tuberculose.

IV-Les Tumeurs :

Les seules véritables tumeurs à envisager sont l'adénome et le carcinome.

A- ADENOME :

- **Aspects macroscopiques :** l'adénome parathyroïdien est plus fréquent dans les parathyroïdes inférieures.

Son poids varie de 10 à 20 g.

Il est rond ou ovalaire, encapsulé et beige ou rouge-brun.

- **Aspects microscopiques :**

- Lésion encapsulée, diffuse sans nodularité
- la majorité des adénomes parathyroïdiens est faite de cellules principales, régulières et de petite taille.
- Stroma pauvre, richement vasculaire
- MEE à la face externe de la capsule d'un liseré(rim) de parathyroïde normale riche en stroma adipeux.

B- CARCINOME :

- **Aspects macroscopiques :** le néoplasme peut, à l'œil nu, se présenter soit comme un nodule bien limité et ressembler à un adénome, soit comme une tumeur adhérent aux tissus voisins.

Sa tranche de section est brune, beige ou grisâtre.

Le carcinome est assez ferme à cause de ses tractus fibreux.

Il est rare.

- **Aspect microscopiques :**

Variable, soit très difficile à différencier d'un adénome soit manifestement malin

le critère absolu de malignité est la présence de métastases.

Signes en faveur de la malignité:

- Architecture solide ou en pseudo-rosettes
- Des cellules à noyaux assez monomorphes

- Index mitotique élevé avec mitoses atypiques
- Des bandes fibreuses hyalines

Signes spécifiques de malignité:

- Invasion vasculaire
- Invasion de l'espace péri-neurale
- Effraction capsulaire avec infiltration du tissu de voisinage.

- **Pronostic et traitement :**

- Le carcinome parathyroïdien comporte habituellement une évolution indolente.
- La première récurrence survient 3 à 20 ans après la chirurgie.
- La morbidité et la mortalité sont généralement dues aux complications de l'hypercalcémie.
- Les patients traités par une chirurgie extensive ont une survie plus longue et sans rechute.
- La chimiothérapie est de peu d'effet mais la radiothérapie semble plus efficace sur les récurrences locales.