



Traitement d'urgence de l'hypercalcémie de l'adulte

ÉVALUATION INITIALE DE LA GRAVITÉ

Une **calcémie totale supérieure à 3,5 mmol/L (ou 140 mg/L)** définit une hypercalcémie grave, tandis qu'une **calcémie entre 2,75 et 3,5 mmol/L** est considérée comme sévère.

- Les **signes cliniques** orientent également vers l'urgence thérapeutique. **On différenciera cependant :**
 - Les **signes cliniques paucisymptomatiques** : ne modifient pas le degré d'urgence de la prise en charge (asthénie, douleurs musculaires, syndrome polyuro-polydipsique, anorexie, constipation, nausées, vomissements)
 - Les **signes cliniques sévères devant alerter** : signes neurologiques (syndrome confusionnel, altération de la conscience) ou troubles du rythme (raccourcissement de l'intervalle QT à l'ECG).

Le **calcul du calcium corrigé n'est pas recommandé**. En cas de doute sur une hypoalbuminémie, la mesure du calcium ionisé (sur gazométrie veineuse, sans garrot) est préférable.

- En pratique, un **ECG doit être réalisé systématiquement** pour rechercher un QT court ou des troubles du rythme, en particulier chez les patients sous digitaliques. **Ces derniers doivent être immédiatement suspendus**, et un **avis cardiologique est recommandé** en cas de traitement concomitant.
- Une **surveillance en scope continu est indispensable en présence de signes de défaillance** hémodynamique ou neurologique.

EXPLORATIONS ÉTIOLOGIQUES AUX URGENCES

- Les **examens suivants sont indispensables en urgence** mais ne doivent pas retarder une prise en charge en urgence en cas de signes cliniques sévères :
 - **Calcémie totale** (et ionisée si nécessaire)
 - **Parathormone (PTH)** pour distinguer une hyperparathyroïdie primaire d'une cause tumorale ou granulomateuse
 - **Ionogramme sanguin complet**, incluant la créatininémie pour évaluer la fonction rénale
 - **Protidémie et hémogramme** pour rechercher une hémococoncentration ou une anémie.
- En cas de **PTH basse : mesure de la PTHrp et du calcitriol** est recommandée pour évoquer une origine tumorale ou une granulomatose (sarcoïdose, tuberculose).
- Une **imagerie ciblée** (scanner thoracique, mammographie, radiographies osseuses) **peut être indiquée** selon le contexte clinique.





PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE EN URGENCE

RÉHYDRATATION INTENSIVE

- La déshydratation aggrave souvent l'hypercalcémie en réduisant l'excrétion rénale du calcium.
- Une perfusion de **soluté salé isotonique (NaCl 0,9%)** doit être initiée sans délai, avec un **débit initial de 200 à 300 mL/heure**, ajusté ensuite **pour obtenir une diurèse comprise entre 100 et 150 mL/heure**.
- Cette mesure permet de restaurer la volémie et de favoriser la calciurie.

TRAITEMENT PAR BISPHOSPHONATES

- Les bisphosphonates peuvent être utilisés mais **seulement après avis spécialisé**.
- Leurs effets prennent plusieurs heures et l'efficacité dépend de la cause initiale de l'hypercalcémie.
- Les bisphosphonates sont **contre-indiqués en cas de suspicion d'intoxication à la vitamine D**, situation où une prise en charge spécifique (corticoïdes, hémodialyse) peut être nécessaire.

HÉMODIALYSE

- L'hémodialyse est **réservée aux cas réfractaires aux traitements médicaux, en cas de contre-indication aux bisphosphonates, ou lorsque l'hypercalcémie s'accompagne de signes neurologiques majeurs** (coma, convulsions).
- Cette option doit être **discutée en collaboration avec un néphrologue**.

PIÈGES ET ERREURS À ÉVITER

- Négliger la réhydratation, qui reste le pilier du traitement initial
- Oublier de suspendre les digitaliques, dont la toxicité est majorée par l'hypercalcémie
- Administrer des bisphosphonates sans avis spécialisé en cas de cause non tumorale
- Retarder les explorations étiologiques, notamment la mesure de la PTH qui permet d'orienter rapidement vers une cause parathyroïdienne ou non.

ORIENTATION ET SUIVI

- Tout patient présentant une hypercalcémie sévère ou symptomatique doit bénéficier d'un **avis spécialisé (endocrinologue ou néphrologue) avant sa sortie des urgences**.
- Une hospitalisation est souvent nécessaire en cas de signes de gravité ou de besoin de surveillance rapprochée.
- Pour les patients suivis pour une pathologie connue (hyperparathyroïdie, cancer), **il est important de contacter l'équipe référente pour adapter le traitement de fond**.