

1. Τμήμα Ενδοκρινολογίας-Μεταβολισμού, Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
2. Γ΄ Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
3. Εργαστήριο Γενικής Παθολογίας & Παθολογικής Ανατομικής ΑΠΘ

Ε. Μελίδου¹, Γ. Καραλιόλιος¹, Ξ. Τσεκμεκίδου¹, Μ. Ζηκοπούλου¹, Κ. Σαπαλίδης², Σ. Λάσκου², Μ. Γραμματική¹, Π. Ρακιντζή¹, Αμπά Ντέκα³, Κ. Χατζόπουλος³, Κ. Κώτσα¹

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση κλινικής περίπτωσης σοβαρής εμμένουσας υπερασβεστιαϊμίας λόγω παραθυρεοειδομάτωσης έπειτα από 5 χειρουργικές επεμβάσεις για την αντιμετώπιση πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού.

Παρουσίαση Ενδιαφέρουσας Περίπτωσης

Γυναίκα, 65 ετών προσήλθε στο νοσοκομείο με συμπτώματα ναυτίας, ζάλης και αδυναμίας.

Ατομικό Ιστορικό: ημιθυρεοειδεκτομή, μετεγχειρητικός υποθυρεοειδισμός, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, χειρουργηθείς πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός. Πρόσφατη αυτόβουλη διακοπή της φαρμακευτικής αγωγής με κινακαλσέτη που ελάμβανε.

Κλινική Εξέταση: Ψηλαφητό ανώδυνο μórφωμα πλησίον της γωνίας της ΑΡ κάτω γνάθου.

Εργαστηριακά Ευρήματα:

Ασβέστιο	16 mg/dl, ΦΤ: 8,8-10,6 mg/dl
Παραθορμόνη	188 pg/ml, ΦΤ: 14,9-56,9 pg/ml
Φώσφορος	1,6 mg/dl, ΦΤ: 2,5-4,0 mg/dl
Μαγνήσιο	1,38 mg/L, ΦΤ: 1,6-2,4 mg/L

Θεραπευτική Προσέγγιση

Η ασθενής αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια ενυδάτωση, διούρηση, επανέναρξη φαρμακευτικής αγωγής με κινακαλσέτη και αναπλήρωση μαγνησίου. Παρουσίασε σταδιακή βελτίωση των επιπέδων ασβεστίου και των συμπτωμάτων της. Η εκτενής ανασκόπηση του ιατρικού της ιστορικού αποκάλυψε πέντε προηγούμενες επεμβάσεις στην περιοχή του τραχήλου προς αντιμετώπιση πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού και έναν υπόπτου όζο αριστερού επινεφριδίου 3cm (συμβατό με αδένωμα), που δεν είχε διερευνηθεί (Ct ΑΚΚΟ 20/2/2017).

Βιβλιογραφία:

1. Sapurro G et al. Recurrent parathyromatosis in a patient with concomitant MEN1 and CASR gene alterations: Clinical management of a case report and literature review. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2023 Mar 14;14:1108278
2. Palmer JA et al. The surgical aspects of hyperparathyroidism. *Arch Surg* 1975;110:1004-7.
3. Sim IW et al. Parathyromatosis following spontaneous rupture of a parathyroid adenoma: natural history and the challenge of management. *Intern Med J*. 2013 Jul;43(7):819-22
4. Udelsman R (2011) *J Clin Endocrinol Metab* 96(10):2950–2958

Απεικονιστικός – Λειτουργικός Έλεγχος

U/S Τραχήλου → υποηχοϊκό μórφωμα 1,3 cm οπισθίως του ΑΡ λοβού του θυρεοειδούς (συμβατό με διογκωμένο παραθυρεοειδή αδένωμα) καθώς και ύποπτους λεμφαδένες.

Σπινθηρογράφημα παραθυρεοειδών → ευρήματα υπέρ παρουσίας υπερλειτουργούντος παραθυρεοειδικού ιστού σε 2 θέσεις, άνωθεν του άνω πόλου και σύστοιχα προς τον κάτω πόλο του ΑΡ λοβού του θυρεοειδούς αδένου.

4D CT τραχήλου → πολλαπλά μορφώματα στην ΑΡ πλάγια τραχηλική χώρα, στο τοίχωμα του οισοφάγου και κατά μήκος του στερνοκλειδομαστοειδούς μυός με χαρακτηριστικές παραθυρεοειδικών αδενωμάτων -πιθανή παραθυρεοειδομάτωση.

CT επινεφριδίων → πάχυνση ΔΕ επινεφριδίου. Οζόμορφη πάχυνση ΑΡ επινεφριδίου με πυκνότητες λίπους έως – 17 HU **3x2,4x4,4cm**.

MRI υπόφυσης → φυσιολογική.

Επιπλοκές Υπερπαραθυρεοειδισμού

Ο έλεγχος για επιπλοκές του υπερπαραθυρεοειδισμού ανέδειξε οστεοπενία και νεφρολιθίαση. Ακολούθησε λειτουργικός έλεγχος και απεικονιστικός επανέλεγχος του μορφώματος επινεφριδίου, καθώς και έλεγχος υποφυσιακής λειτουργίας. Αποφασίστηκε γονιδιακός έλεγχος προς διερεύνηση πιθανού συνδρόμου MEN.

Χειρουργική αντιμετώπιση - Follow up (7 μήνες μετά)

Η ασθενής παραπέμφθηκε στο ογκολογικό συμβούλιο. Εκεί αποφασίστηκε η χειρουργική αντιμετώπιση λόγω της εμμένουσας υπερασβεστιαϊμίας παρά την αγωγή με μέγιστη δόση κινακαλσέτης (360mg/day). Η παθολογοανατομική έκθεση ανέδειξε ευρήματα συμβατά με παραθυρεοειδομάτωση. Η ασθενής 7 μήνες μετά το χειρουργείο δε λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και έχει φυσιολογικά επίπεδα ασβεστίου και παραθορμόνης.

Συμπεράσματα

Η παραθυρεοειδομάτωση είναι σπάνια επιπλοκή της παραθυρεοειδεκτομής και πρέπει να συνυπολογίζεται στη διαφορική διάγνωση του υποτροπιάζοντος υπερπαραθυρεοειδισμού. Δεν υπάρχουν Κατευθυντήριες Οδηγίες για την ορθή αντιμετώπισή της κατάστασης αυτής. Στόχος παραμένει η ομαλοποίηση των επιπέδων του ασβεστίου και η αποφυγή των μακροχρόνιων επιπλοκών του υπερπαραθυρεοειδισμού.

