

2. Streszczenie w języku polskim

Tytuł: Analiza wpływu cech morfometrycznych przytarczyc u chorych z ich pierwotną nadczynnością na wybrane parametry gospodarki wapniowo-fosforanowej.

Wstęp: Najczęstszą przyczyną nadczynności przytarczyc jest gruczolak przytarczyc, będący przyczyną do 85% przypadków pierwotnej nadczynności przytarczyc (PNP). Nieliczne odmiany gruczolaków przytarczyc, ważące powyżej 2,0–3,5 g, nazywane są gruczolakami „dużymi” lub „olbrzymimi” i stanowią około 1,5% wszystkich gruczolaków przytarczyc. Niezwykle rzadkimi jednostkami chorobowymi są torbielowate gruczolaki przytarczyc, które stanowią jedynie 0,5–1% gruczolaków przytarczyc. Mniej niż 1% wszystkich przypadków pierwotnej nadczynności przytarczyc (0,1% guzów przytarczyc) to raki przytarczyc.

Cel: Celem pracy była identyfikacja wybranych czynników ryzyka ciężkiej hiperkalcemii, w tym parametrów morfometrycznych przytarczyc oraz analiza ich wpływu na gospodarkę wapniowo-fosforanową.

Metody: Badanie retrospektywne obejmowało grupę 117 chorych z pierwotną nadczynnością przytarczyc (PNP) przyjętych do Kliniki Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej, Endokrynologicznej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2018–2022. U wszystkich chorych wykonano paratyroidektomię.

W pierwszym badaniu porównano łącznie 17 pacjentów z PNP i torbielami przytarczyc (grupa badana) z grupą 100 pacjentów z nadczynnością przytarczyc spowodowaną gruczolakiem lub rozrostem (grupa kontrolna). W tym badaniu w obu grupach przeważały kobiety (odpowiednio 88% do 12%, przy stosunku płci 7.3:1).

W drugim badaniu porównano 27 pacjentów z PNP i zmianą przytarczyc większą niż 2,0 cm³ (grupa badana) z 73 pacjentami z PNP i zmianą przytarczyc poniżej 2,0 cm³ (grupa kontrolna). W obu grupach również przeważały kobiety (odpowiednio 81.5% grupa badana, 90.5% grupa kontrolna, przy proporcji płci odpowiednio 9.4:1 i 4.4:1).

W obu badaniach pacjentów badano przed i pooperacyjnie: oznaczano stężenie parathormonu (PTH), kreatyniny, wapnia oraz fosforanów w surowicy i moczu, a także stężenie kalcydiolu w surowicy. Przedoperacyjnie wykonano badanie ultrasonograficzne (USG) przytarczyc.

Opis przypadku przedstawia z kolei 27-letnią historię diagnostyki i leczenia chorej z nadczynnością przytarczyc. Początkowo rozpoznawano nawrotową pierwotną nadczynność

przystalak w przebiegu gruczolaka przystalak, kolejno stwierdzano paratyromatozę aż do diagnozy końcowej – raka przystalak. Pacjentka była poddana 13 zabiegom chirurgicznym, 33 cyklom radioterapii uzyskując stabilizację choroby.

Wyniki: Pacjenci z torbielowatymi gruczolakami przystalak wykazywali statystycznie najwyższe stężenie parathormonu (PTH) i wapnia w surowicy, największą calciurię i najniższe stężenie fosforanów w surowicy. U pacjentów z gruczolakami przystalak powyżej 2,0cm³ stwierdzono istotnie statystycznie wyższe stężenie PTH i wapnia w surowicy oraz mniejsze stężenie fosforanów i kalcydiolu w surowicy w porównaniu z pacjentami ze zmianami poniżej 2,0cm³.

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w stężeniu kreatyniny w surowicy i moczu oraz w kanalikowej reabsorpcji fosforu (tubular reabsorption of phosphorus, TRP).

Badanie USG relatywnie zaniżało objętość przystalak o około 0,3-0,4ml (10% w przypadku większych zmian i 43% w przypadku mniejszych);

Wnioski: Torbielowate gruczolaki przystalak i gruczolaki przystalak powyżej 2,0 cm³ mogą zwiększać ryzyko wystąpienia ciężkiej hiperkalcemii i przełomu hiperkalcemicznego. Badanie USG nie doszacowywało objętości przystalak. Pomimo wcześniejszego rozpoznania histopatologicznego gruczolaka u pacjentów z przetrwałą lub nawrotową hiperkalcemią zależną od PTH, należy wziąć pod uwagę także rozpoznanie raka przystalak.