

PerCORSO PARATIROIDI 1

IPERPARATIROIDISMO PRIMARIO: APPROCCIO ALLA MALATTIA MULTIGHIANDOLARE

TAKE HOME MESSAGES

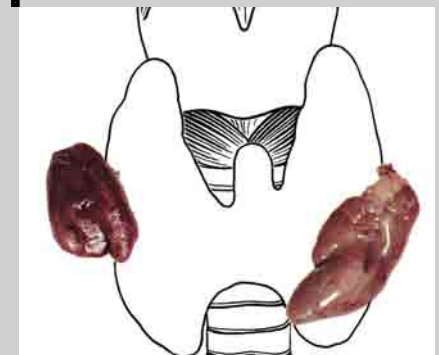
LAURA GIANOTTI

SC ENDOCRINOLOGIA, DIABETOLOGIA, METABOLISMO
AZIENDA OSPEDALIERA S.CROCE e CARLE, CUNEO

NON E' UNA CONDIZIONE RARA

- Adenoma singolo 80-85%
- Adenoma doppio 2-5%
- Iperplasia 12-15%
- Carcinoma <1%

15-20%



E' UNA CONDIZIONE DI NON FACILE GESTIONE

STUDI DI LOCALIZZAZIONE

FNAB si / no?

TERAPIA CHIRURGICA

CITO/ISTOLOGIA

Parathyroid localization studies

- **Nessuna metodica attualmente disponibile presenta una sensibilità adeguata nei confronti della MMG**
- **Il sospetto di MMG o iperplasia va posto quando imaging e' negativo**

APPROCCIO CHIRURGICO



■ **ESPLORAZIONE CERVICALE BILATERALE
(BNE)**

IPT primario da malattia multighiandolare

APPROCCIO CHIRURGICO

DOPPIO ADENOMA

- **Asportazione dei due adenomi**
- **PTH intraoperatorio**
- **Esame istologico estemporaneo se esiste un dubbio sulle natura della lesione asportata o sulla normalità delle ghiandole da lasciare**



IPT primario da malattia multighiandolare

APPROCCIO CHIRURGICO

IPERPLASIA

- **Paratiroidectomia subtotale oppure PTX totale con autotrapianto**
- **Ricerca ghiandole soprannumerarie (esplorazione sedi di ectopia → timectomia)**
- **PTH intraoperatorio**
- **Eventuale esame istologico estemporaneo**
- **Crioconservazione di tessuto paratiroideo**



IPT primario da malattia multighiandolare

PTH INTRAOPERATORIO

**Il dosaggio intraoperatorio del PTH
è consigliato in tutti gli interventi
per MGD**

**L' esame istologico estemporaneo
sarà valutato di volta in volta**

IPT primario da malattia multighiandolare

PTH INTRAOPERATORIO

Timing dei prelievi:

- 1° prelievo: **PRE-INCISIONE**: in sala operatoria dopo l' induzione dell' anestesia e prima dell' incisione cutanea
- 2° prelievo: **PRE-EXERESI**: quando il peduncolo vascolare della paratiroide sospetta è stato legato (0 min)
- 3° prelievo: **POST-EXERESI**: dopo 5 e/o 10 min
- eventuali prelievi successivi: 20 minuti, etc.

Monitoraggio IOPTH e MMG



**Criteri più restrittivi nel
monitoraggio IOPTH per migliorare
l' identificazione della MMG.**

Ruolo del PTH intraoperatorio

➤ caduta >50% dal valore più alto fra pre-incisione e pre-exeresi e ritorno nel range di normalità 10 min. post-exeresi (Yang, 2001)

➤ caduta >50% dal valore pre-incisione e ritorno a un livello < al 50% del valore pre-incisione 10 min. post-exeresi (Di Stasio, 2007)

➤ caduta >50 - 70 % dal valore più alto fra pre-incisione e pre-exeresi e ritorno a un livello < al 50% del valore pre-incisione 10 min. post-exeresi (Di Stasio, 2007)

➤ caduta >70% dal valore basale 20 min. post-exeresi (Thompson, 1999)

➤ caduta del livello di PTH <35 pg/ml 15 min. post-exeresi (Dralle, 2006)

Indagini genetiche

- In presenza di adenomi multipli o di iperplasia paratiroidea diffusa occorre escludere una forma ereditaria di PHPT (5% dei PHPT)
- Raccogliere informazioni familiari e escludere MEN 1, MEN2a, HPT-JT (RET)
- Le forme familiari di PHPT possono associarsi alla MEN1 e MEN2a, nonché alla sindrome HPT-JT
- Identificazione gene menin per MEN1, gene RET per MEN2a, gene HPRT2 per HPT-JT.

RIFERIMENTI UTILI



- **AME position statement: primary hyperparathyroidism in clinical practice. J Endocrinol Invest. 2012**
- **ENDOWIKI**