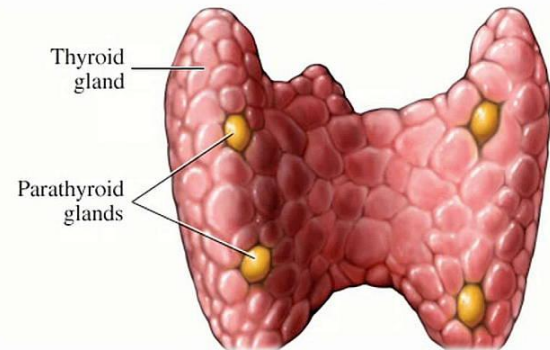


Investigațiile imagistice în patologia paratiroidiană

Șuparski Stepan

Medic-endocrinolog

CM «Clinica de Endocrinologie»



Compartimentele prezentării:

1. Anatomia chirurgicală a glandelor paratiroide (GP)
2. Determinarea topografiei GP
 - Ultrasonografia și Scintigrafia
 - TC și RMN
3. Biopsia formațiunilor GP

Anatomia chirurgicală a glandelor paratiroide (GP)

- Pentru prima oară GP sunt descrise de Richard Owen în anul 1852 în procesul autopsiei unui rinocer indian.



Anatomia chirurgicală a glandelor paratiroide (GP)

- În normă GP nu se observă la USG;
- Topografia GP variază mult;
- Localizările atipice sunt: în mediastin, la nivel de bifurcație a arterei carotide, în parenchimul glandei tiroide, în spațiul retrofaringial;

Determinarea topografiei GP

- USG GP nu reprezintă o metodă de diagnosticare HPT
- Determinarea topografică se realizează după investigații biochimice, înainte de intervenția chirurgicală
- USG (investigația anatomică) și scintigrafia ^{99}Tc -MIBI (investigația funcțională)

Ultrasonografia în patologia GP

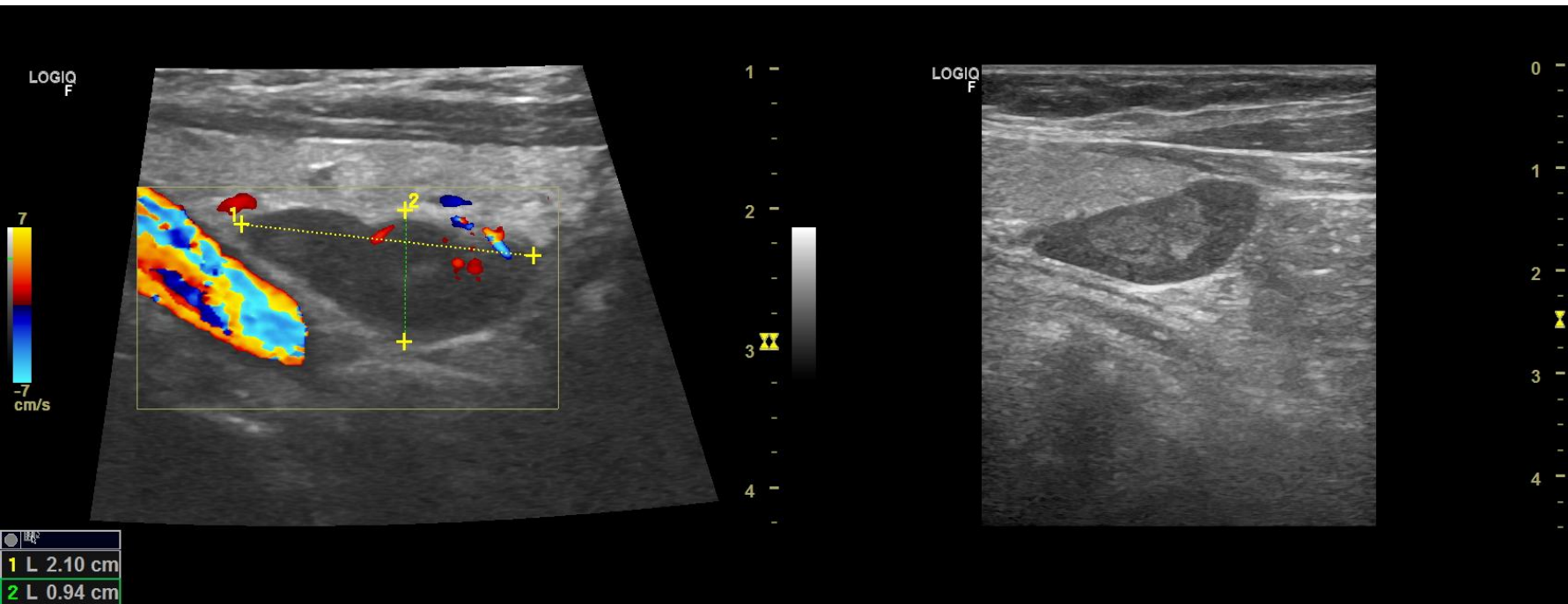
- Medic-endocrinolog
- USG – inofensivă, simplă, de scurtă durată, necostisitoare
- Dezavantaje:
 - ❖ Operator dependentă
 - ❖ GP greu accesibile în cazul localizării atipice

Incidentalomul paratiroidian (IP)

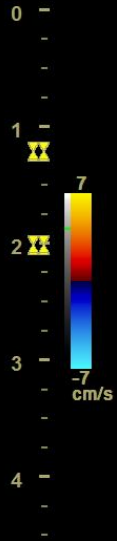
- Depistați 0,5-1% din pacienți în timpul USG gâtului
- 15-30% IP au HPT asimptomatică
- 70-80% IP **nu** au schimbări biochimice tipice pentru hiperparatiroidism (EUPARATIROIDIE); o parte din ei pe viitor vor dezvolta HPT.

Ultrasonografia în patologia GP

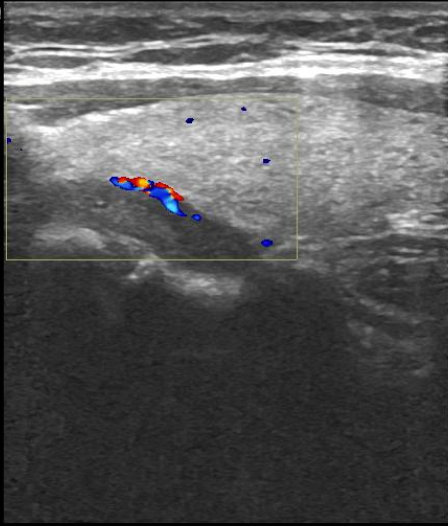
- Localizarea pe suprafața posterioară a glandei tiroide
- Semnul depresiunii
- Structură hipoecogenă omogenă
- 83% - o singură arteră nutritivă
- 5% din adenoamelor GP – situate intratiroidian
- Varietate mare de forme



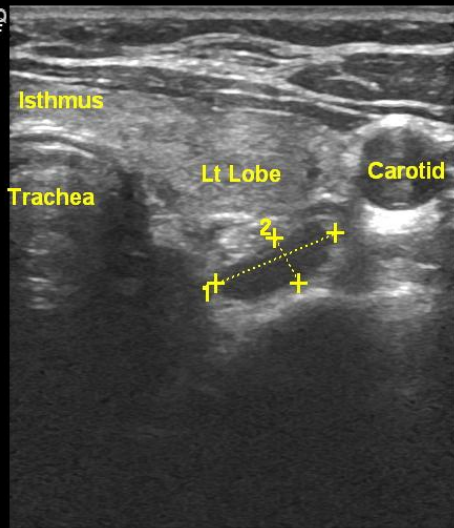
LOGIO
F



LOGIO
F



LOGIQ
F



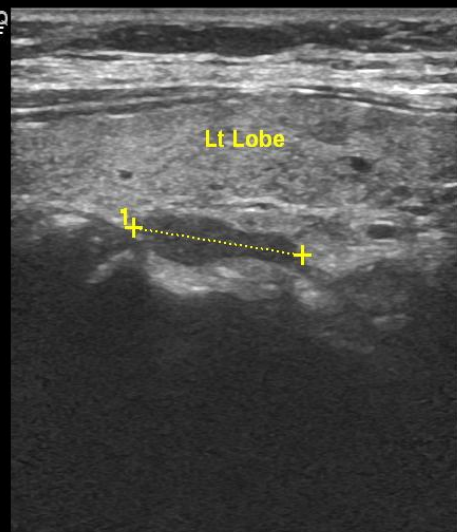
1 L 1.11 cm
2 L 0.44 cm

0 -
1 -
2 -
3 -



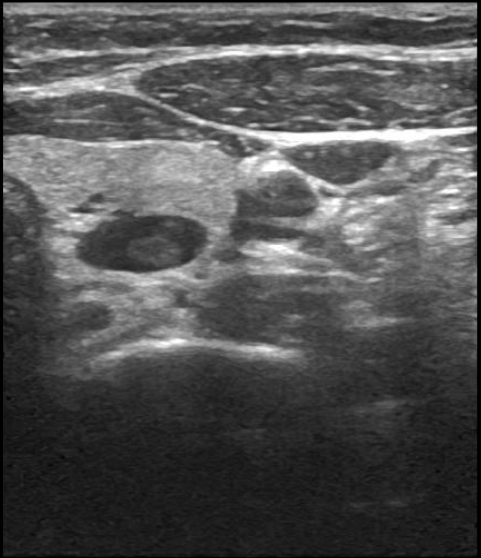
1 L 1.46 cm

LOGIQ
F



0 -
1 -
2 -
3 -

LOGIQ
F



0 -
-
-
1 -
-
-
2 -
-
-
3 -
-
-
4 -
-
-



LOGIQ
F



0 -
-
-
1 -
-
-
2 -
-
-
3 -
-
-
4 -
-
-



Ultrasonografia în cancerul GP

- 1-3% din cazuri cu HPTP
- USG nu poate deosebi cancerul GP de adenomul sau hiperplazia GP.
- Suspecția pentru cancerul GP apare când formatiunea GP este asociată cu ganglionii limfatici regionali, schimbați metastatic.

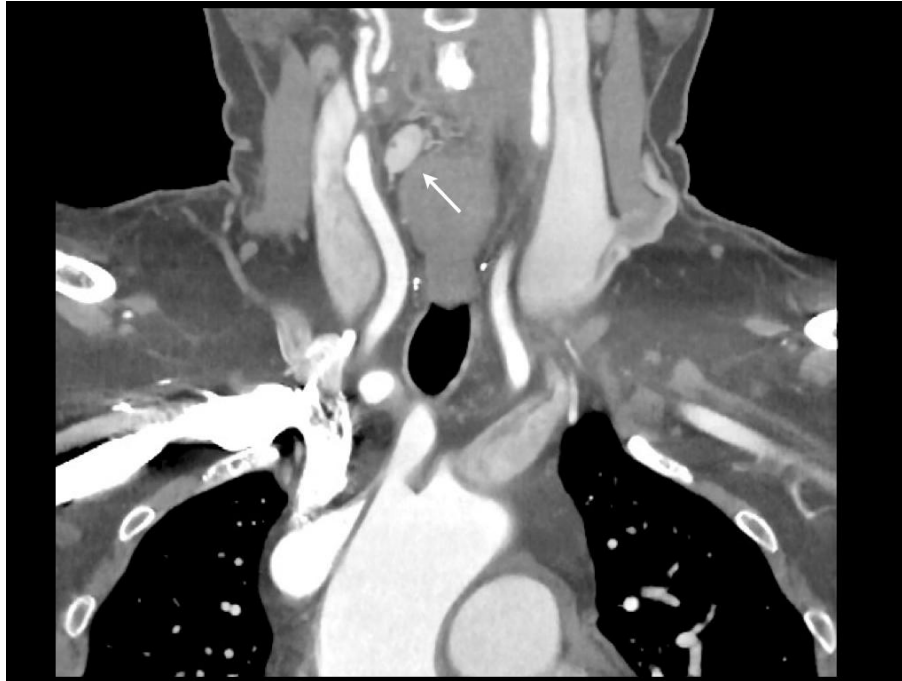
Glanda tiroidă (GT)

- Important să depistăm patologia concomitentă a GT (gușă nodulară, cancer) înainte de intervenția la GP.
- De asemenea, important să verificăm nivelul calciului înainte de intervenția la glanda tiroidă (asocierea frecventă a patologiilor GT și GP)

TC și RMN în patologia GP

- **TC cu contrast**
 - Avantaje: identificarea exactă a localizărilor tipice și atipice ale GP.
 - Dezavantaje: radiație sporită, limitarea utilizării în bolile cronice renale.
- **RMN** – nu este recomandată pe scară largă
 - costisitoare, mai puțin sensibilă decât TC.

TC în patologia GP



Biopsia formațiunilor GP

- Citologia nu este informativă
- Biopsia + determinarea nivelului de PTH în spălarea de pe acul de puncție
- Nu e recomandată biopsia adenoamelor GP cu semne tipice și dimensiuni $>1,5$ cm

Biopsia formațiunilor GP: Indicații

- Formațiunile bilaterale sau multiple
- Intervenția nereușită în anamneză
- Rezultatele negative la scintigrafia ^{99}Tc -MIBI

Biopsia formațiunilor GP: Indicații

- Localizarea atipică
- Gușa multinodulară concomitentă
- Incidentalomul GP
- D/D cu limfadenopatie reactivă în TA

Biopsia formațiunilor GP

- Se folosesc ace de 27 și 25 G
- Utilizarea acelor mai mari poate duce la fibroza GP și a capsulei sale
- Se folosesc acele mai lungi
- Puncția cu aspirație
- Conținutul hemoragic

Nota bene!



- USG detectează 80-90% din HPT
- USG – inofensiv, accesibil, necostisitor
- **TC + contrast** / RMN +contrast
- Biopsia cu PTH în spălarea acului de puncție



Stepan Şuparski,
Doctor Endocrinolog

- www.endocrinolog.md
- www.facebook.com/Endocrinolog.md
- 0-691-8-23-23