



# PerCORSO PARATIROIDI 1



Roma,  
9-11 novembre 2012

## IPERPARATIROIDISMO PRIMARIO: APPROCCIO ALLA MALATTIA MULTIGHIANDOLARE

# TAKE HOME MESSAGES

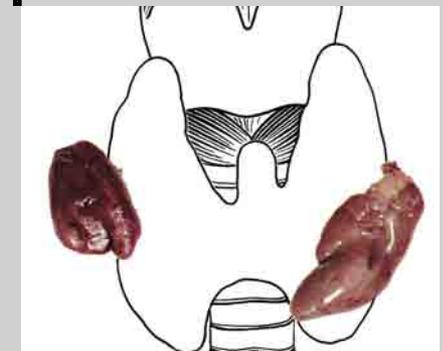
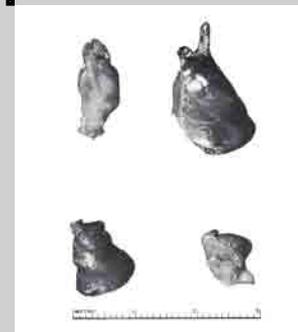
LAURA GIANOTTI

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**

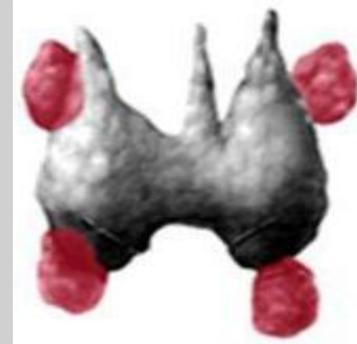


# **IPT primario da malattia multighiandolare**

## **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**