

Όλα τα προβλήματα των παραθυρεοειδών αδένων

/ [Επιστήμες, Τέχνες & Πολιτισμός](#)



Οι παραθυρεοειδείς αδένες βρίσκονται σε στενή ανατομική σχέση με τον θυρεοειδή αδένα , συνήθως στην οπίσθια επιφάνειά του. Διαφέρουν από αυτόν στο χρώμα (υποκίτρινο) και στην υφή. Συνήθως είναι τέσσερις αλλά παρουσιάζουν και αρκετές ανατομικές παραλλαγές τόσο στον αριθμό, όσο και στην εντόπισή τους (μπορεί να βρίσκονται ακόμη και στο μεσοθωράκιο σε ανατομική σχέση με τον θύμο αδένα).

Τι προβλήματα παρουσιάζουν οι παραθυρεοειδείς αδένες;

Οι παραθυρεοειδείς αδένες εκκρίνουν την παραθορμόνη (PTH) η οποία συμμετέχει στον μεταβολισμό του ασβεστίου μαζί με την καλσιτονίνη και την Vit D.

Η πτώση του ασβεστίου στο πλάσμα είναι το ερέθισμα για την έκκρισή της. Ενώ η Vit D και η υπασβεστιαιμία την αναστέλλουν.

Τα προβλήματα ξεκινούν όταν έχουμε υπερέκκριση παραθορμόνης , αυτό συμβαίνει όταν έχουμε κάποιο αδένωμα, υπερπλασία ή και καρκίνωμα (σπάνια) των παραθυρεοειδών αδένων. Υπερπαραθυρεοειδισμός: νοσολογική οντότητα που οφείλεται στην υπερέκκριση PTH.

Πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός

Αίτια: αδένωμα, υπερπλασία, καρκίνωμα

Παλαιότερα η ανεύρεση τμήματος υγιούς ιστού στην περιφέρεια του πάσχοντος αδένος βοηθούσε στη διαφορική διάγνωση αδενώματος και υπερπλασίας.

Σήμερα αυτό το εύρημα αποκλείει μόνο την διάχυτη υπερπλασία

Στην εστιακή υπερπλασία θα βρεθεί επίσης υγιής παραθυρεοειδικός ιστός

Ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός οφείλεται κυρίως στην εστιακή υπερπλασία που αφορά έναν ή περισσότερους παραθυρεοειδείς αδένες, το αδένωμα είναι σπάνιο ενώ το καρκίνωμα πάρα πολύ σπάνιο (3%)

Δευτεροπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός

Αίτια

Χρόνια νεφρική ανεπάρκεια

Χρόνια ανεπάρκεια βιταμίνης D

Σύνδρομο εντερικής δυσαπορρόφησης

Τριτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός

Σε ασθενείς με μακροχρόνιο δευτεροπαθή υπερπαραθυρεοειδισμό λόγω της αντιρροπιστικής διέγερσης των παραθυρεοειδών αδένων κάποιος από αυτούς αναπτύσσει αυτόνομη λειτουργία.

Βέβαια το ποιο συχνό είναι το αδένωμα. Η αύξηση του ασβεστίου στο αίμα είναι η άμεση συνέπεια αυτού του προβλήματος και κλινικά παρουσιάζονται:

Κλινικές εκδηλώσεις

Υπερασβεστιαϊκές

Νευρομυϊκό σύστημα: μυϊκή αδυναμία, μυϊκή ατροφία, υποτονία

Γαστρ/κό σύστημα: ανορεξία, ναυτία, έμετοι, συχνά γαστροδωδεκαδακτυλικό έλκος και οξεία παγκρεατίτιδα

Ψυχική σφαίρα: νευρωτικές και ψυχωτικές εκδηλώσεις, συναισθηματική αστάθεια, διανοητική σύγχυση, κώμα

Οστικές

Ελαττωμένη οστική πυκνότητα

Οστικά άλγη και παθολογικά κατάγματα

Κύστεις οστών

Ινώδης κυστική οστεΐτιδα

Μη ειδική αρθραλγία

Νεφρικές

Αμφοτερόπλευρες υποτροπιάζουσες νεφρολιθιάσεις, νεφρικοί κωλικοί

Νεφρασβέστωση έκπτωση νεφρικής λειτουργίας

Και λόγω της μεγάλης απορρόφησης ασβεστίου από τα οστά έχουμε:

Αυτόματα κατάγματα.

Μυϊκούς πόνους.

Λίθους στους νεφρούς.

Ψυχωσικές διαταραχές.

Καρκίνος παραθυρεοειδών

Αποτελεί το 3% των περιπτώσεων πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού

Κλινική εικόνα: Τυπική εικόνα πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού. Εάν ο όγκος διηθήσει το κάτω λαρυγγικό τότε προκαλείται βράγχος φωνής

Τρόπος επέκτασης:

Κυρίως αιματογενώς

Λεμφογενώς

Τοπική διήθηση κατά συνέχεια ιστού

Εκτεταμένες μεταστάσεις προκαλούν θάνατο από καρδιολογικά κυρίως αίτια (αυξημένο Ca)

Στοιχεία που συνηγορούν για Ca:

Σχετικά μεγάλο μέγεθος παραθυρεοειδούς

Στερεή σύμφυση με τους πέριξ ιστούς (συνήθως θυρεοειδή). Αφαιρείται και ο λοβός του θυρεοειδούς που βρίσκεται σε επαφή με το παραθυρεοειδές.

Η παραθυρεοειδεκτομή σε συνδυασμό με τη λοβεκτομή (εφόσον το στάδιο της νόσου δεν είναι προχωρημένο) επιφέρει ίαση.

Πώς θεραπεύονται τα προβλήματα;

Η χειρουργική θεραπεία είναι εκ των ουκ άνευ. Πρέπει να γίνει σωστός και λεπτομερής προεγχειρητικός έλεγχος για τον ακριβή εντοπισμό του πάσχοντος αδένα ή αδένων (με αφαιρετικό σπινθηρογράφημα).

Στη συνέχεια, με πολύ μικρή τομή 2-3 εκατοστών στον τράχηλο, αφαιρείται ο αδένας ή οι αδένες που πάσχουν, έχοντας σε μεγέθυνση το εγχειρητικό πεδίο, με ειδικές συσκευές, ώστε να επιτρέπεται η αποτελεσματική και ασφαλής διενέργεια της επέμβασης. Στις περιπτώσεις που αφαιρούνται όλοι οι παραθυρεοειδείς αδένες προβαίνουμε στην αυτομεταμόσχευση δέκα τεμαχιδίων παραθυρεοειδικού ιστού διαμέτρου ενός χιλιοστού στους μύες του αντιβραχίου, προκειμένου να ρυθμίζεται η ομοιοστασία του ασβεστίου στον οργανισμό. Ο ασθενής εξέρχεται από το νοσοκομείο την επόμενη ημέρα.

Έτσι η χειρουργική σε συνδυασμό με την τεχνολογία του 21ου αιώνα, εξαλείφει πλήρως κάθε προεγχειρητικό ή διεγχειρητικό πρόβλημα και ο ασθενής επιστρέφει υγιής στην καθημερινότητα του.

ΔΙΑΜΑΝΤΗΣ Ε. ΘΩΜΑΣ M.D.

ΓΕΝΙΚΟΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΟΣ

Πηγή: iatropedia.gr