

Клинико-демографический анализ случаев атипичической аденомы околощитовидной железы. Описание клинического случая тяжелого течения первичного гиперпаратиреоза у пациента с атипичической аденомой околощитовидной железы.

ВВЕДЕНИЕ.

Атипичическая аденома (АА) околощитовидной железы (ОЩЖ) – редкая патология, составляющая 0,5–4% всех случаев первичного гиперпаратиреоза (ПГПТ). По клинико-лабораторным показателям АА занимают промежуточное положение между карциномой и аденомой ОЩЖ.

РЕЗУЛЬТАТЫ.

Клинический портрет типичного пациента с АА: Женщина 58 лет с ожирением I степени, длительностью заболевания более 6 лет. Биохимический профиль характеризуется умеренной гиперкальциемией (Ме 2,82 ммоль/л), нормофосфатемией (Ме 0,79 ммоль/л), повышением паратгормона (ПТГ) в 3,7 раз выше нормы (Ме 246,6 пг/мл). Почечные осложнения (нефрокальциноз, нефролитиаз, почечная недостаточность) и патология костной системы (остеопороз, патологические переломы, фиброзно-кистозный остеит) встречаются у более чем половины пациентов - 64%, эрозивное поражение желудочно-кишечного тракта у 28%. У 28% наблюдаемых пациентов была сопутствующая онкологическая патология щитовидной железы. Средний размер аденом составляет 29*22*22 мм.

Клинический случай: В 2019 году пациент заметил объемное образование в области нижней челюсти слева. Состояние пациента было расценено как гигантоклеточная опухоль, мультифокальная форма и рекомендована терапия Деносумабом (120 мг п/к на 1, 8, 15, 28 дни, далее 1 раз в 28 дней; проведено 6 инъекций), на этом фоне по данным МСКТ было отмечено уменьшение размеров образования. Однако, оценка минерального обмена была проведена только спустя 2 года от начала обследования, когда пациент уже имел боли в костях и деформацию конечностей. Лабораторно был диагностирован ПГПТ: ПТГ 1548 пг/мл, кальций общий 3,35 ммоль/л (2,15-2,55). По результатам топической диагностики (УЗИ, МСКТ, МРТ шеи), было обнаружено образование правой нижней ОЩЖ 27x19x38 мм. Ввиду позднего начала заболевания, отсутствияотягощенного семейного анамнеза, множественного поражения ОЩЖ, положительную динамику образования челюсти после инъекций Деносумаба, исследование гена CDC73 не проводилось. Пациент имел снижение рСКФ (СКД-ЕРІ 19 мл/мин/1.73м²) при отсутствии нефрокальциноза/нефролитиаза, компрессионный перелом Th9, перелом диафиза правой локтевой кости, множественные переломы ребер с обеих сторон, трансцервикальный перелом бедренной кости со смещением головки, множественные очаги фиброзно-кистозного остеита, снижение МПК максимально до -4,2 SD по Т-критерию в лучевой кости. С учетом клинико-лабораторной картины нельзя было исключить злокачественный характер поражения ОЩЖ. По данным патоморфологического исследования диагностирована АА ОЩЖ, при иммуногистохимическом исследовании Ki67 < 12%. Однако, в настоящее время единых критериев оценки Ki-67 в аспекте патологии ОЩЖ не разработано, в качестве отрезных используют точки от 5 до 20%. Помимо Ki-67 для оценки злокачественного потенциала образований ОЩЖ используют галектин-3, парафибромин, PGP9.5, циклин D1, как отдельно, так и в виде панели маркеров. Продолжается поиск маркера с максимальной специфичностью и чувствительностью к ОЩЖ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Клинический случай иллюстрирует последствия поздней диагностики ПГПТ с развитием тяжелых осложнений. При наличии жалоб на боли в костях, костных и минеральных нарушений в анамнезе, необходимо проводить оценку кальция и паратгормона, чтобы обеспечить своевременную специализированную помощь. Ввиду отсутствия четких критериев дооперационной диагностики атипичической аденомы, определение ее специфических маркеров является перспективным направлением исследования для выбора тактики хирургического лечения и послеоперационного наблюдения пациентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ.

Проведен анализ пациентов с АА на базе ФГБУ НМИЦ Эндокринологии Минздрава России с 2018 по 2021гг. Составлен клинический портрет типичного пациента с АА. Представлен клинический случай агрессивного течения ПГПТ у пациента 62 лет с образованием нижней челюсти в дебюте заболевания.



Рисунок 1. Рентгенограммы различных отделов скелета пациента. А и В – грудной и поясничный отделы позвоночника. С – правое предплечье. D – правый тазобедренный сустав. Е - правые кисть и лучезапястный сустав.



Рисунок 2. Результаты топической диагностики. А – ультразвуковое исследование, В – МСКТ, С – МРТ мягких тканей шеи. Образование правой нижней ОЩЖ размером 27*19*38 мм.

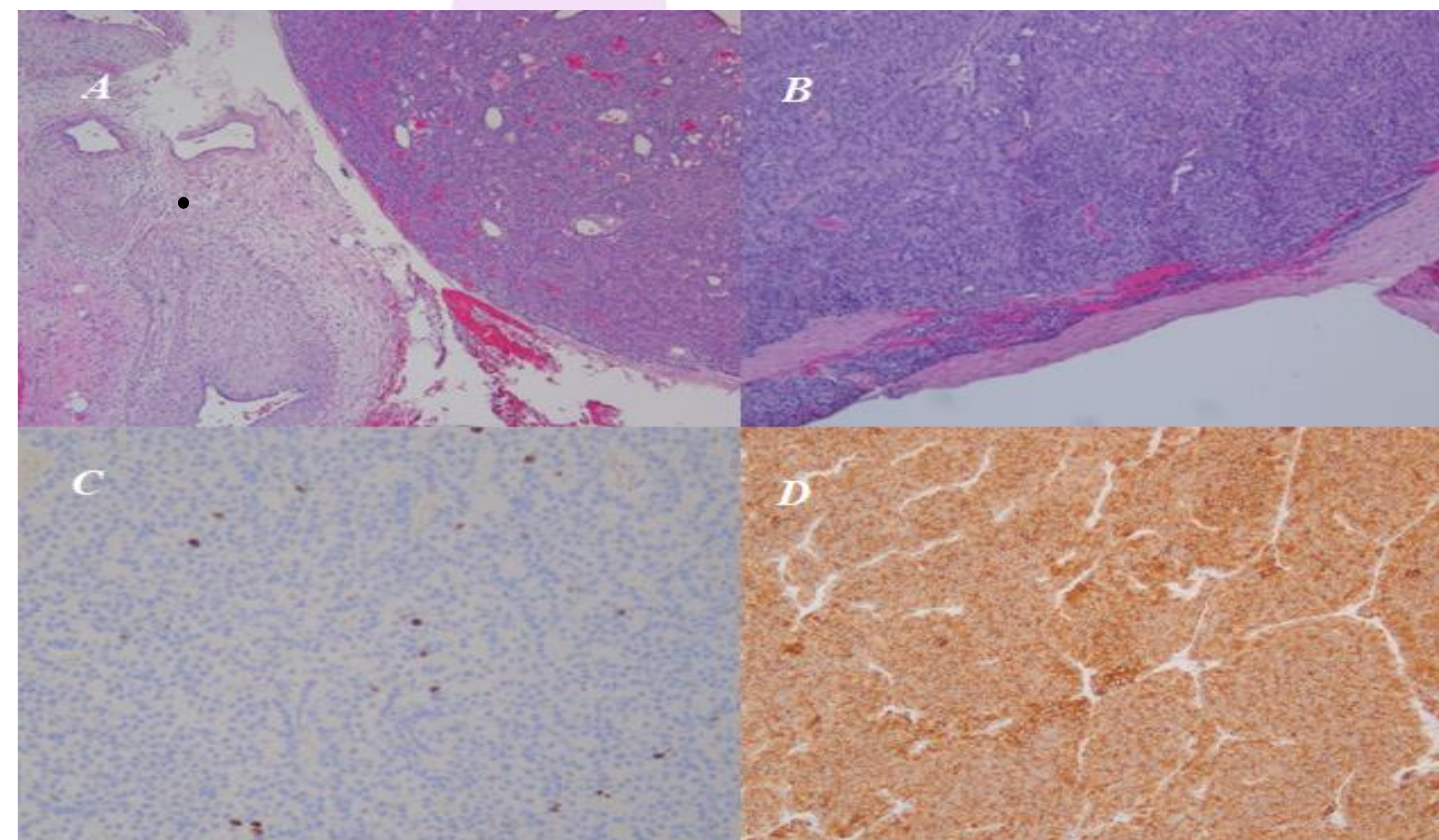


Рисунок 3. Микрофотографии операционного материала. А и В – окраска гематоксилином и эозином, А-х50, В-х45. С – иммуногистохимическое окрашивание на Ki-67, х250. D - иммуногистохимическое окрашивание на паратгормон, х150.

КОНТАКТЫ.

Пушкарёва Анастасия
Станиславовна
npushkareva96@mail.ru