



Ευάγγελος Καρβούνης

Χειρουργός εξειδικευμένος στη Χειρουργική Ενδοκρινών Αδένων
Endocrine Surgery Unit, Hammersmith Hospital, London, UK
Διευθυντής Χειρουργικής Κλινικής
Ευρωκλινικής Αθηνών



ΕΠΕΜΒΑΣΗ παραθυρεοειδούς

Ο ΥΠΕΡΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΙΣΜΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΑΙ
ΜΕ ΜΙΑ ΠΡΩΤΟΠΟΡΙΑΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ ΠΑΡΑΘΥΡΕΟΙΔΕΚΤΟΜΗΣ

Οι παραθυρεοειδείς αδένες είναι τέσσερις μικροί αδένες, μεγέθους φακίς, που εντοπίζονται στον τράχηλο (λαιμό), πίσω συνήθως από τον θυρεοειδή αδένα και ελέγχουν τα επίπεδα του ασβεστίου στον οργανισμό.

Παράγουν μια ορμόνη που ονομάζεται παραθορμόνη (ΡΤΗ). Οι φυσιολογικοί παραθυρεοειδείς αδένες λειτουργούν όπως ο «οικιακός θερ-

μοστάτης», διατηρώντας τα επίπεδα ασβεστίου του αίματος σε ένα πολύ στενό εύρος διακύμανσης. Η ισορροπία του ασβεστίου είναι θεμελιώδης για τη λειτουργία του νευρικού μας συστήματος (τα εγκεφαλικά κύτταρα επικοινωνούν μεταξύ τους χάρη στο ασβέστιο), τη λειτουργία του μυϊκού μας συστήματος (η σύσπαση/κίνηση των μυών γίνεται χάρη σε αυτό) και

την ισχύ και αντοχή του σκελετού μας. Υπερπαραθυρεοειδισμός ονομάζεται η συχνότερη πάθηση, κατά την οποία υπερπαράγεται ανεξέλεγκτα παραθορμόνη και το ασβέστιο αυξάνεται επικίνδυνα στο αίμα. Ο πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός προκαλεί μη φυσιολογικά, υψηλά επίπεδα ασβεστίου, κατά κύριο λόγο «κλέβοντας» ασβέστιο από τα οστά. Έτσι, μπορεί να προκαλού-

Η ΣΥΓΧΡΟΝΗ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΔΙΝΕΙ ΟΡΙΣΤΙΚΗ ΛΥΣΗ ΣΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΜΕ ΜΙΚΡΟΕΠΕΜΒΑΤΙΚΗ ΤΕΧΝΙΚΗ, ΜΕ ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΤΟΜΗ ΣΤΟΝ ΛΑΙΜΟ, ΧΩΡΙΣ ΝΥΣΤΕΡΙ, ΧΩΡΙΣ ΡΑΜΜΑΤΑ, ΧΩΡΙΣ ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΙΜΑΤΟΣ, ΧΩΡΙΣ ΣΩΛΗΝΑΚΙΑ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΠΟΝΟ

νται αδυνατισμένα οστά, λίθοι στους νεφρούς και κοιλιακό άλγος. Επιπρόσθετα, πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν διαταραχές στη διάθεση και εύκολη κόπωση. Σε προχωρημένες καταστάσεις προκαλείται υπερασβεστιαϊκή κρίση, με ασθενείς σε κωματώδη κατάσταση, συχνά με ανεπάρκεια πολλών οργάνων. Η πλειοψηφία των ασθενών όμως έχει ασαφή, μη ειδικά συμπτώματα.

Η διάγνωση του πρωτοπαθούς υπερπαραθυρεοειδισμού, ενώ είναι πολύ εύκολη, δυστυχώς διαφεύγει πάρα πολύ συχνά από τους οικογενειακούς γενικούς γιατρούς και παθολόγους. Επειδή συχνά δεν υπάρχουν προειδοποιητικά συμπτώματα για τον ασθενή, η αρχική κλινική υποψία της νόσου τίθεται μόνο μέσω αιματολογικών εξετάσεων (υψηλές τιμές ασβεστίου και παραθормόνης). Περιστασιακά, η μία ή και οι δύο αυτές παράμετροι μπορεί να βρίσκονται στα ανώτερα φυσιολογικά όρια. Ακολούθως, επιπρόσθετες διαγνωστικές εξετάσεις αίματος και ούρων, μέτρηση οστικής πυκνότητας, καθώς και απεικόνιση με υπερηχογράφημα και σπινθηρογράφημα ολοκληρώνουν τον διαγνωστικό έλεγχο.

Η μόνη και οριστική θεραπεία του αδενώματος, υπερπλασίας ή καρκινώματος παραθυρεοειδούς είναι η χειρουργική αφαίρεση (παραθυρεοειδεκτομή). Στα χέρια ενός πεπειραμένου χειρουργού ενδοκρινών αδένων τα ποσοστά επιτυχίας αγγίζουν το 98%. Μια κατηγορία φαρμάκων που καλούνται ασβεστομιμητικά (Mimpara, Cinacalcet) είναι δυνατόν να μειώσουν τα επίπεδα ασβεστίου και της παραθормόνης στο αίμα των ασθενών, ωστόσο δεν θα θεραπεύσουν τη νόσο.

Η παραθυρεοειδεκτομή είναι μια ιδιαίτερα λεπτή χειρουργική επέμβαση, η οποία σχεδόν επιβάλλεται να πραγματοποιηθεί από εξειδικευμένο χειρουργό ενδοκρινών αδένων. Η κύρια δυσκολία αυτού του τύπου επέμβασης είναι πρωτίστως η ανεύρεση του πάσχοντος αδένου. Θα μπορούσαμε να παρο-

μοιάσουμε τη δύσκολη φύση αυτής της επέμβασης με την προσπάθεια αναζήτησης μιας φακής ανάμεσα σε εκατοντάδες άλλες φακές (που μοιάζουν, αλλά δεν είναι το παραθυρεοειδές και είναι τεμάχια λίπους ή λεμφαδένες). Σήμερα εφαρμόζουμε την επέμβαση υποβοηθούμενη με βιντεοκάμερα (video-assisted parathyroidectomy) καθώς και την ελάχιστη επεμβατική παραθυρεοειδεκτομή (minimal invasive surgery). Πρόκειται για σύγχρονη και πρωτοποριακή τεχνική που εφαρμόζεται με απόλυτη επιτυχία διεθνώς σε εξειδικευμένα κέντρα ενδοκρινικής χειρουργικής.

Αντί για το παραδοσιακό νυστέρι, η διατομή, η αποκόλληση του πάσχοντος παραθυρεοειδούς αδένου και ταυτόχρονα η αιμόσταση γίνονται με ραδιοσυχνότητες (radiofrequency) και υπερηχητικές ακτίνες (Ultracision). Πρόκειται για ειδικά, μοντέρνα χειρουργικά εργαλεία, που παρέχουν μέγιστη ακρίβεια και αποτελεσματικότητα, μη προκαλώντας κάκωση των ιστών και κατ'επέκταση μετεγχειρητικό άλγος για τον ασθενή, όπως συμβαίνει με την παραδοσιακή χειρουργική.

Επειδή αρκετά συχνά το πάσχον παραθυρεοειδές βρίσκεται σε άμεση ανατομική επαφή με το λαρυγγικό νεύρο, η διασφάλιση της ακεραιότητας των φωνητικών χορδών του ασθενούς επιτυγχάνεται με τη χρήση νευροδιεγέρτη (neuromonitoring). Είναι η πλέον επαναστατική και εντυπωσιακά χρήσιμη τεχνική, που προειδοποιεί τον χειρουργό και προστατεύει με υψηλό βαθμό ασφάλειας τον ασθενή από προβλήματα με την ομιλία του. Δεύτερη επιβεβαίωση της ακεραιότητας των φωνητικών χορδών επιτυγχάνεται με βιντεοσκοπικό monitoring (Video-laryngoscopy) κατά την αφύπνιση του ασθενούς.

Με ανεκτίμητη καθοριστική σημασία, η μέθοδος διεγχειρητικής μέτρησης παραθормόνης (intraoperative PTH) αποτελεί (για εκείνους τους χειρουργούς που τη γνωρίζουν και σε εκείνες τις κλινικές που τεχνολογικά δύνανται να την υποστηρίξουν) σημαντικότερο εργαλείο για την απόλυτη επιτυχή μικροεπεμβατική παραθυρεοειδεκτομή. Πρόκειται για μια μοντέρνα τεχνική ελέγχου και επιβεβαίωσης της επιτυχίας μιας επέμβασης παραθυρεοειδεκτομής, την ίδια την ώρα της επέμβασης. Εφαρμόζοντας ένα επιστημονικό πρωτόκολλο, δίδονται στον χειρουργό οι πληροφορίες που απαιτούνται για την ολοκλήρωση μιας στοχευμένης εγχείρησης, γνωρίζοντας, προτού καν ξυπνήσει ο ασθενής, την απόλυτη επιτυχία της.

Η πρόκληση μιας οριστικά επιτυχούς παραθυρεοειδεκτομής είναι τέραση. Ο εξειδικευμένος χειρουργός, με προϋπηρεσία σε μεγάλα τριτοβάθμια κέντρα Ενδοκρινικής Χειρουργικής και εμπειρία μεγάλου αριθμού προσωπικών επεμβάσεων, σε συνδυασμό με τεχνολογία αιχμής από την κλινική, είναι η τέλεια επιλογή. Δυστυχώς, στην καθημερινή μας χειρουργική πρακτική καλούμαστε συχνά να πραγματοποιήσουμε τη δεύτερη ή και τρίτη επανεγχείρηση, σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε προηγούμενες ανεπιτυχείς επεμβάσεις, οι οποίες έγιναν όχι υπό ιδανικές συνθήκες.

Ετσι, ο ασθενής μας, με αυτή τη σύγχρονη εξειδικευμένη χειρουργική, δίνει οριστική λύση στο πρόβλημά του, με μικροεπεμβατική τεχνική, με ελάχιστη μικροσκοπική τομή στον λαιμό, χωρίς νυστέρι, χωρίς ράμματα, χωρίς απώλεια αίματος, χωρίς σωληνάκια και χωρίς πόνο. Μια επέμβαση με συνθήκη διάρκειας μικρότερη της ώρας, με μονοήμερη νοσηλεία και σε επιλεγμένες περιπτώσεις υπό τοπική αναισθησία. Κανονική ομιλία του ασθενούς στο τέλος της επέμβασης, άμεση κινητοποίηση, σίτιση με ελεύθερη δίαιτα από το ίδιο απόγευμα, ταχεία ανάρρωση και επάνοδο στις καθημερινές δραστηριότητες από την επόμενη κιόλας ημέρα του εξιτηρίου, με άριστο αισθητικό αποτέλεσμα.