

Souhrn výsledků habilitační práce:

## Chirurgická léčba primární hyperparathyreózy

Primární hyperparathyreóza je třetí nejčastější endokrinní onemocnění. Toto onemocnění je způsobené nadměrnou sekrecí parathormonu z jednoho, více nebo všech příštítných tělísek. Po stanovení jasné diagnózy primární hyperparathyreózy záleží úspěch operačního řešení na zkušenosti a úsudku chirurga. Principem operace je odstranit hyperfunkční patologickou tkáň příštítných žláz. Cílem je dosáhnout normální hladiny kalcia a definitivně vyléčit primární hyperparathyreózu. Přitom dochází ke zlepšení zdravotního stavu a k vymizení nebo alespoň snížení obtíží. Komplikace při operaci nejsou časté a mortalita je minimální. Chirurgické řešení je definitivní, bezpečné a účinné.

Úvodem habilitační práce je zmiňována historie a tradice chirurgie příštítných tělísek na III. chirurgické klinice 1. LF UK. V klinické části úvodu je popisována klasická symptomatická forma primární hyperparathyreózy, ale i nové formy onemocnění příštítných tělísek, jako je asymptomatická forma, forma normokalcemická a další vzácné formy, jako je hyperkalcemická krize.

Pokud je jasně stanovena diagnóza primární hyperparathyreózy, je snaha o lokalizaci patologického příštítného tělíška. Nejčastěji je používána kombinace sonografického a scintigrafického vyšetření. Pokud jsou tyto vyšetření negativní, doplňuje se vyšetření pomocí 18F-fluorocholin PET/CT, či 4D CT, anebo nukleární magnetické rezonance. Mezi peroperační metody využívané při operacích příštítných tělísek patří peroperační vyšetření intaktního parathormonu a peroperační histologické vyšetření.

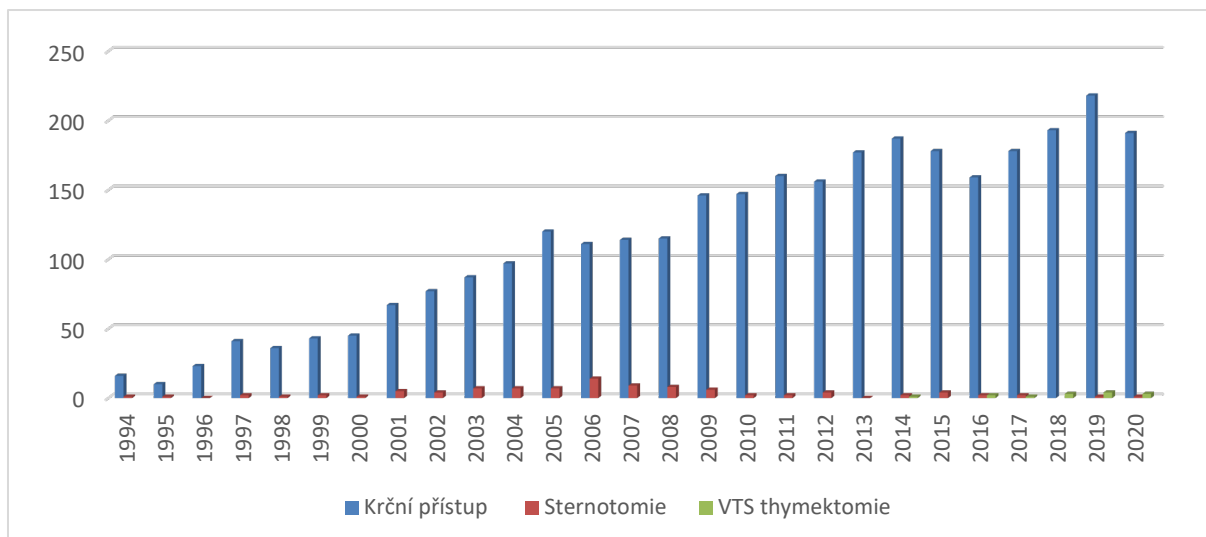
Běžně používaným operačním přístupem při operacích pro primární hyperparathyreózu je bilaterální explorace krku. Při jasné lokalizaci patologického příštítného tělíška lze použít miniinvazivní či cílené přístupy. Tyto přístupy předpokládají stanovení intaktního parathormonu peroperačně. I při mediastinální lokalizaci patologického příštítného tělíška lze postupovat miniinvazivně.

Ale vždy jde o operaci, při které je vyžadována chirurgova zkušenost. Je třeba si uvědomit, že při nejasné lokalizaci může dojít ke komplikacím. A tak v chirurgii příštítných tělísek se snažíme vytvořit velkoobjemové centrum, kam se mohou pracoviště obrátit v případě komplikovaných případů. Díky centralizaci pacientů je možno vytvořit databázi, která přináší zkušenosti s odlišnými typy primární hyperparathyreózy.

Libansky P, Adamek S, Broulik P, Fialova M, Kubinyi J, Sedy J, Pafko P, Yershov D, Lischke R. Measurement of intact parathormone during operation for primary hyperparathyroidism. Bratisl Med J:2017;118(5):255-257. IF: 0,667

Libansky P, Yershov D, Adamek S, Simonek J, Fialova, M, Kubinyi J, Lischke R. Video-assisted mediastinoscopic removal of ectopic parathyroid adenoma combined with standard cervical exploration. European surgery-acta chirurgica austriaca:48:315-317. IF: 0,287

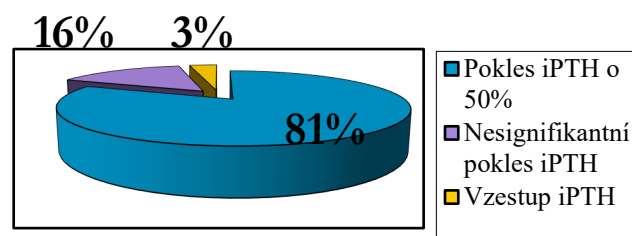
Libansky P, Astl J, Adamek S, Nanka O, Pafko P, Spačkova J, Foltan R, Sedy J. Surgical treatment of primary hyperparathyroidism in children: Report of 10 cases. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2008; 72: 1177-1182. IF: 1,118.



**Graf 1:** Vývoj operačních výkonů pro primární hyperparathyreózu na III. chirurgické klinice 1. LF UK.

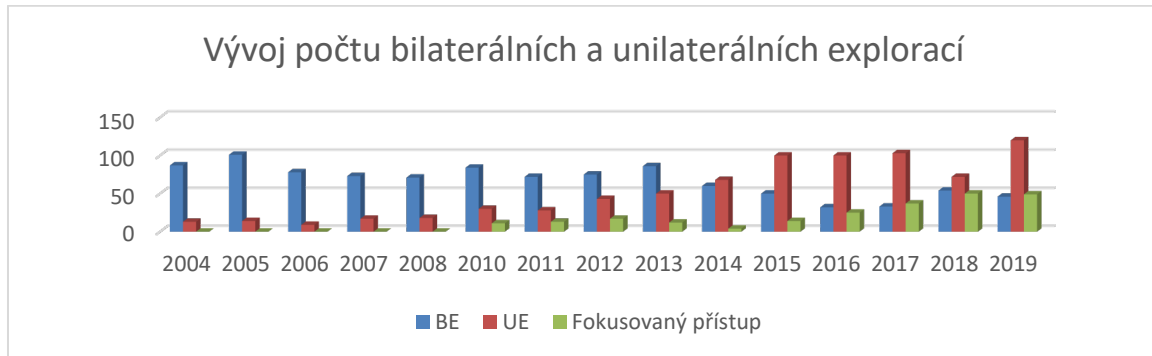
	<b>Senzitivita</b>
<b>USG</b> (Ultrazvukové vyšetření)	83%
<b>99mTc-MIBI</b> (Scintigrafie pomocí metoxyizobutyazonitridu značené techneciem)	91%
<b>18F-FCH PET</b> (18F-fluorocholin s využitím pozitronové emisní tomografie)	95%
<b>MRI</b> (Nukleární magnetická rezonance)	72%
<b>4D CT</b> (Čtyřfázová výpočetní tomografie)	100%

### Pokles iPTH o 50%



**Graf 2:** Peroperační pokles intaktního parathormonu (iPTH) v našem souboru

**Tabulka 1:** Senzitivita jednotlivých předoperačních lokalizačních vyšetření v našem souboru.



**Graf 3:** Vývoj počtu bilaterálních (BE) a unilaterálních explorací (UE)